

Année 1956

No
674

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Madame MAUDOUX, née JOUBERT Micheline, Marie-Louise

Née le 23 Mai 1928 à MONTROUGE (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le :

DE L'ACTION DU 4.560 R.P. SUR L'EVOLUTION DE CERTAINES

PSYCHOSES CHRONIQUES

(Schizophrénies ou psychoses à évolution démentielle).

Président de Thèse : Professeur M.J. DELAY

Editions A.G.E.M.P.

FACULTE DE MEDECINE

Nom du candidat : MAUDOUX, née JOUBERT

Prénom : Micheline, Marie-Louise.

Date de soutenance : _____

N° d'ordre : _____

1

MAUDOUX, Micheline,
De l'action du 4.560 R.P.
sur l'évolution de certaines
psychoses chroniques
(Schizophrénies ou psychoses
à évolution démentielle).
PARIS Dact. In 4° 64p.
Thèse Méd. Paris 1956
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1956

2

MAUDOUX, Micheline
De l'action du 4.560 R.P.
sur l'évolution de certaines
psychoses chroniques
(Schizophrénies ou psychoses
à évolution démentielle).
PARIS Dact. In 4° 64p.
Thèse Méd. Paris 1956
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1956

3

MAUDOUX, Micheline,
De l'action du 4.560 R.P.
sur l'évolution de certaines
psychoses chroniques
(Schizophrénies ou psychoses
à évolution démentielle).
PARIS Dact. In 4° 64p.
Thèse Méd. Paris 1956
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1956

4

MAUDOUX, Micheline
De l'action du 4.560 R.P.
sur l'évolution de certaines
psychoses chroniques
(Schizophrénies ou psychoses
à évolution démentielle).
PARIS Dact. In 4° 64p.
Thèse Méd. Paris 1956
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1956



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552423_0026

Année 1956

N° _____

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Madame MAUDOUX, née JOUBERT Micheline, Marie-Louise
Née le 23 Mai 1928 à MONTROUGE (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le :

DE L'ACTION DU 4.560 R.P. SUR L'EVOLUTION DE CERTAINES
PSYCHOSES CHRONIQUES
(Schizophrénies ou psychoses à évolution démentielle).

Président de Thèse : Professeur M.J. DELAY

Editions A.G.E.M.P.



DOYEN HONORAIRE : M. BAUDOIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOIN, BENARD (H.), CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMPY, CHEVASSU, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE (G.), LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MULON, OLIVIER (E.), OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN Léon BINET (membre de l'Institut).

ASSEESSEUR Jean VERNE.

I - PROFESSEURS

Anatomie	CORDIER (G.)	
Anatomie Pathologique	DELARUE (A.)	
Bactériologie	N...	
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports ..	CHAILLEY-BERT (P.)	
Biologie Médicale	VERNE (J.)	
Cardiologie médicale et sociale	N...	
Carcinologie	OSERLING (C.)	
Chimie médicale.....	JAYLE (M.F.)	
Cliniques	{ Hôtel Dieu	BROCC (P.)
	{ Broussais	DE GAUDART-D'ALLAINES (F.)
	{ Salpêtrière	N...
	{ Cochin.....	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE d'AUBIGNE (R.)	
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)	
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M.)	
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)	
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)	
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)	
Clinique de puériculture	LELONG (M.)	
Cliniques des maladies cutanées et syphilitiques	DEGGS (R.)	
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)	
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)	
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)	
Cliniques des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)	
Cliniques des maladies mentales et de l'encéphale.....	DELAY (J.)	
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)	
Cliniques	{ Hôtel Dieu	N...
	{ Bichat	N...
	{ Cochin	MCREAU (R.)
	{ Broussais	DE GERNES (L.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique ...	JUSTIN-BESANCON (L.)	
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)	
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des		
maladies de la nutrition	BOULIN (R.)	
Cliniques	{ Tarnier	LANTUEJOUL (P.)
	{ Baudelocque	N...
	{ Port-Royal	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique	VELTER (E.)	
Clinique Oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)	
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires ..	RICMET (C.)	
Clinique Psychiatrique infantile	HEUYER	

Clinique rhumatologique et sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique Thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	N...
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine du Travail.....	DESCILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GAILLARD (H.)
Pathologie chirurgicale	MENEGAUX (G.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale	MERKLEN (F.P.)
(chaire à titre personnel)	
Pathologie Médicale	BARIETY (M.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel) ...	DOGNON (A.)
Physiologie.....	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale.....	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES et AGREGES

Anatomie.....	DELMAS (A.), pr.s.ch., DEBETRE (J.) OLIVIER (), N...
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARD (Mlle P.) pr.s.ch., EUSSE (F.), GUYGOU (Ch.)
Bactériologie	NEVOT (A.), N...
Biochimie médicale	ETTORI (J.), pr.s. ch., N..., N...
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT (F.)
Embryologie	TUCHMANN
Histologie	BULLIARD (H.) pr.s.ch. N..., N...
Hydrologie	N...,
Hygiène	BOYER (J.), pr.s.ch. DEPARIS (M), pr.s.ch.
Maladies infectieuses	N...
Médecine légale et du Travail	DERCIBERT (L.), pr.s.ch. , GAULTIER (M.) HADENGUE (A.), N...
Neurochirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	N...
Obstétrique	GRASSET (J.), LEPAGE (F.), MERCIER (R.), FORIN (P.), RAVINA (J.), N..., N...
Ophthalmologie	DESVIGNES (P.), N...
Orthopédie	JUDET (R.)
Oto-rhino-laryngologie	AUBRY (M.), MADURO (R.)
Parasitologie	CHABAUD (A.), N...

Pathologie chirurgicale	ABOULKER (P.), BAUMANN (J.), GOSSET (J.), LAURENCE (G.) LORTAT-JACOB (J.), OLIVIER (Cl.) POILLEUX (F.), VERNE (J.M.), N..., N..., N..., N..., N..., N..., N..., N....
Pathologie expérimentale	N..., N...
Pathologie médicale	BERNARD (J.), BOUDIN (G.), CASTAIGNE (P.) CONTE (M.), DONART (A.), LAMOTTE (M.), LAROCHE (Cl.), MILLIEZ (P.), PEQUIGNOT (H.), PIERRE (M.), RAMBERT (P.), THIEFFRY (ST) TURIAF (J.), N..., N..., N..., N..., N..., N..., N...
Pédiatrie	JOSEPH (R.), N..., N...
Pharmacologie	CHEYNOL (J.), pr.s. ch. LEVY (Melb J), pr. s.ch. BARGETON (D.), pr.s.ch. PARROT (J.), pr.s.ch. DEJOURS (P.) DJOURNO (A.), pr.S.ch. GOUGEROT (L.)
Physique Médicale	DJOURNO (A.), pr.S.ch. GOUGEROT (L.)
Pneumo-Phthisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	N...
Psychiatrie infantile	MICHAUX (Z.)
Rhumatologie	N...
Stomatologie	CHAPUT (l'me A.), CERNEA (P.)
Thérapeutique	N....
Urologie	KUSS (R.)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE et AGREGES

CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

Clinique chirurgicale	ABELINE (A.), HUGUIER (J.), LEGER (L.), PADOVANI (P.p), PATEL (J.), ROUX (M.); RUDLER (J.C.), SICARD (A.)
Clinique médicale	BROUET (G.), N..., DECOURT (J.) DREYFUS (Gilbert), FAUVERT (R.), HAGUENAU (M.) pr.s.ch., HAMBURGER (J.), KOURILSKY (R.), MARCHAL (G.), SOULIE (E.)
Clinique Obstétricale	ESCALLE (G.), LAYER (F.), VARANGOT (J.)
Clinique Ophtalmologique	OFFRET (G.), RENARD (G.)
Clinique urologique	COUVELAIRE (R.)

Secrétaire général de la Faculté	M. MOREL (J.)
Secrétaire	Melle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle GOICHON
Bibliothécaires	(Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT H. LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 dec. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Mari,

Compagnon de mes études, qui m'a conseillé,
et aidée dans ce travail. Avec mon affection
et le souhait que cette thèse reste le témoi-
gnage de nos aspirations communes.

A notre fils Jean-Luc,

En témoignage de mon affection.

A ma Mère,

Source vive d'énergie et de tendresse.

A mon Père :

Affectueux conseiller de mes études, dont les
qualités de pédagogue et d'éducateur ont sus-
cité mon attirance pour la Psychologie et la
Psychiatrie.

A mes Tantes, Oncles et Cousins,

A mes Beaux-Parents et à ma Belle Famille,

A mes Amis,

Avec mon affection.

A Monsieur le Professeur J. Delay

Qui a bien voulu accepter la Présidence
de cette Thèse.

A mon Maître Monsieur le Médecin-Directeur A. Dupont
qui a guidé avec une extrême bienveillance toute la
réalisation de ce travail.

En témoignage de ma gratitude sur les connaissances
qu'il m'a fait acquérir en psychiatrie.

Avec l'expression de mes sentiments respectueux
et reconnaissants.

A Monsieur Le Professeur C. HEURGER, mon premier
Maître

Avec l'expression de ma gratitude pour son ensei-
gnement.

A Monsieur Le Professeur T. ALAJOUANINE.

A Monsieur Le Professeur Agrégé L. MICHAUX.

A tous mes Maîtres de Médecine.

A Monsieur Le Docteur Cénac-Thaly.

- I N T R O D U C T I O N - et H I S T O R I Q U E

La synthèse du 4.560 R.P. ou LARGACTIL est réalisée en 1950 par P.CHARPENTIER.

Dès 1951, H.LABORIT et P.HUGUENARD l'utilisent dans l'anesthésie potentialisée et le font entrer dans la composition des cocktails destinés à l'hibernation artificielle.

Le LARGACTIL est ensuite employé suivant trois méthodes différentes : au cours de l'hibernation vraie, dans les cures de sommeil potentialisées, puis en cure neuroplégique simple.

Employé, suivant cette dernière méthode, d'abord dans les cas aigus, le LARGACTIL donne de bons résultats dans les confusions épileptiques, (J.DELAY, P.DENIKER, R.LAFON) ; dans l'anxiété des psychonévroses, (J.DELAY, et DENIKER) ; l'anxiété des déments séniles est aussi sensible à cette action (A.GAMBS). Des états confusionnels primitifs et alcooliques sont améliorés (M.BERGOUIGNAN, M.GOT, R.MALINEAU). Il agit d'une façon favorable sur l'évolution du délirium lorsque le malade n'a pas ingéré de fortes doses d'alcool dans les heures précédant l'institution du traitement (P.SIZARET, et F.SALOMON). Au cours des mélancolies, les résultats sont moins concluants. R.LAFON et ses collaborateurs constatent malgré l'amélioration, la persistance d'asthénie et de préoccupations hypochondriaques. Suivant J.DELAY et P.DENIKER le LARGACTIL améliore des dépressions rebelles au choc.

Les psychoses obsessionnelles semblent résistantes au traitement (J.DELAY, et P.DENIKER), (A.GAMBS, M.BERGOUIGNAN, GOT, et R.MALINEAU).

Ce sont surtout les états d'excitations qui bénéficient pour le plus grand nombre de cette nouvelle thérapeutique. Et non seulement l'excitation maniaque mais aussi l'excitation schizophrénique (J.DELAY et P.DENIKER, M.BARUK, LAUNAY et LELORD).

Cette indication incite les auteurs à s'attaquer aux cas chroniques, et leurs essais sont couronnés de succès.

J.DELAY, et P.DENIKER, J.SIGWALD et H.HENNE, D.BOUTTIER, signalent des résultats intéressants dans des cas de psychoses chroniques interprétative ou hallucinatoire. Après 2 séries de LARGACTIL, l'une par voie I.M., l'autre par voie orale. Sous l'influence du traitement, les hallucinations s'estompent et la malade reconnaît son état pathologique précédent. Ces auteurs insistent sur le fait que le délire se trouve modifié, "et dans sa forme extérieure et dans sa structure."

A. PERRET, J. BECKER, GLACOSTE, P. NAVRAS, E. GRAUX, et J. CARON, M. BERGOUIGNAN, M. GOT, R. MAILLEAU, rapportent des observations semblables.

A. GAMBS reconnaît des améliorations mais signale des rechutes après 3 ou 6 mois.

M. THIÉBAUX, et R. ROYER notent des succès avec auparavant transformation des hallucinations en hallucinoses.

Dans les schizophrénies, les premiers résultats accordent au 4.560 R.P. une action sur les phases d'excitation d'agressivité, ou d'anxiété (J. DELAY, et P. DENIKER). "On ne saurait dire que la maladie elle-même est pour autant améliorée" (J. DELAY). Par la suite, des résultats de plus grande portée sont publiés.

A. PERRET, J. BECKER, G. LACOSTE signalent quelques améliorations d'états hébéphréniques et une grande amélioration d'une schizophrénie rebelle à forme dépressive.

Une forme catatonique aurait également bien réagi. Les auteurs ont constaté "Une cessation du mutisme (avec prise de contact avec l'ambiance, l'adaptation de la mimique....." et "l'extériorisation d'un délire antérieur sous-jacent à l'état catatonique et jusque là non extériorisé".

M. THIÉBAUX et R. ROYER observent 4 améliorations sur 8 cas d'hébéphrénie. Six résultats intéressants sur 8 dans des formes paranoïdes. Les auteurs constatent la disparition des troubles du cours de la pensée, mais la persistance de l'incohérence dans le langage écrit.

Le docteur STADHELIN (Bâle) obtient une amélioration symptomatique de schizophrénies aiguës et chroniques, en pratiquant une cure d'injections de 4.560 R.P. I.M. (3 injections à 25 ou 50 mgr pendant 10 jours), puis une cure orale à raison de 300 mgr en comprimés par jour en 4 fois.

La durée du traitement varie avec les malades et une cure d'entretien est conseillée pour maintenir les résultats.

M. BARUK, C. LAUNAY, LELORD, (JUIN 1954), publient les résultats obtenus par une technique personnelle.

2 comprimés à 25 mgr les 2 premiers jours
1 ampoule injectable à 50 mgr et 1 comprimé à 25 mgr le 3e jour.
2 injections à 50 mgr dès le 4e jour.

Les résultats dans des dépressions mélancoliques ne sont pas remarquables. Par contre, dans 10 schizophrénies sur 13 on obtient une amélioration de l'agitation et des impulsions.

F. MOLLET et H. HARMIGNIES instituent un traitement par voie buccale. Les auteurs notent seulement 10 échecs sur 50 cas de psychoses hallucinatoires pour lesquelles plusieurs guérisons sociales avec sortie ont été observées.

En Mars 1955, M.BARUK, C.LAUNAY, J.BERGES, proposent une autre technique par voie buccale et sous forme de gouttes à faibles doses :

1°) 50 gouttes en 2 fois pendant 4 jours
100 gouttes en 2 fois pendant 6 jours

2°) 200 gouttes par jour en 2 prises ou bien 1 injection I.M. quotidienne à 50 mgr pendant quelques jours.

Les auteurs conseillent de ne pas dépasser la dose orale de 200 mgr et de 100 mgr en injections.

Avec cette méthode, ils signalent d'excellents résultats dans 35 cas de schizophrénie hébéphréniques et paranoïdes "sur les impulsions, la stéréotypie, le contact, et le cours de la pensée".

Les effets seraient plus suspensifs que curatifs. M. RIVAS (italie) emploie de très fortes doses : 800 mgr à 1000 mgr intramusculaire.

Enfin sur l'initiative du Professeur Jean DELAY, un colloque réunissant 400 PSYCHIATRES DE 21 NATIONS s'est tenu à PARIS, afin d'étudier et de discuter l'action des médicaments dits "neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique.

Nous avons relevé, en particulier, les déclarations de M.RIVAS (Italie) qui constate chez 32 Schizophrènes sur 50 des résultats pouvant aller de "la guérison avec récupération sociale et reprise du travail" jusqu'à "l'amélioration rendant possible la fin du séjour à l'hôpital Psychiatrique."

Un des points paraissant avoir recueilli l'unanimité des auteurs est : "la valeur des traitements étudiés qui tient à leur efficacité certaine et à leur innocuité relative."

---:---:---:---:---:---:---:---:---:---

La découverte du 4.560 R.P. succède aux recherches entreprises depuis une dizaine d'années sur les amines dérivées de la phénothiazine. On connaît déjà les propriétés hypnotiques, antalgiques, et antihistaminiques de ces produits, lorsque en 1950, LABORIT et HUGUENARD étudient spécialement le Phenergan et le Diparcol dans l'anesthésie générale. Ensuite les travaux s'orientent pour trouver des dérivés de la phénothiazine à action centrale élective et en Décembre 1950 P.CHARPENTIER en fait la synthèse.

Madame S.COURVOISIER, J.FOURNEL, R.DUCROT, M.KOLSKY, et P.KOESCHET étudient les propriétés pharmacodynamiques.

Le 4.560 R.P. est spécialisé en FRANCE sous le nom de LARGACTIL. En ALLEMAGNE sous le nom de MEGAPHEN, d'KIBERNAL en SUEDE, de THORAZINE aux U.S.A.

PROPRIETES PHARMACODYNAMIQUES.

L'expérimentation animale a mis en évidence l'action très large exercée par le 4.560 R.P. sur les différents systèmes de l'organisme. Cette étude sera volontairement centrée sur les propriétés concernant le système nerveux central et le système nerveux périphérique car ce sont elles qui semblent expliquer le rôle joué par la chlorpromazine en psychiatrie.

Successivement, seront envisagés les effets expérimentaux du 4.560 R.P.

- les hypothèses concernant son mécanisme d'action

- la toxicité du produit comparée aux différentes échelles animales.

Sur le rôle exercé par le 4.560 R.P. au niveau du système nerveux central les données de l'expérience rejoignent les constatations cliniques.

Ce corps chimique, employé seul, possède des propriétés sédatives et hypnotiques. Injecté par voie sous-cutanée chez la souris et le lapin, il provoque un état de somnolence avec torpeur variable suivant des doses utilisées.

Il se révèle d'autre part un excellent potentialisateur d'hypnotiques et de sédatifs du type butobarbital (SONERYL). Cet effet a montré l'intérêt d'associer le 4.560 R.P. à d'autres produits plus toxiques, sous forme de cocktails médicamenteux réalisés dans les cures de sommeil.

D'autre part, on utilise en thérapeutique ses propriétés inhibitrices sur la thermogène et le métabolisme. En effet, suivant les conceptions d'HUGUENARD et de LABORIT "la régulation homéostatique n'est pas favorable à la protection de notre existence en cas d'agression sévère ; l'adaptation chez l'animal poikilotherme paraît caractérisée, pour ces auteurs, par une réduction métabolique que le 4.560 R.P. est capable de réaliser artificiellement

chez les homéothermes.

De là découlent les principes et les applications de l'hibernothérapie.

IL est capable par ailleurs de faire disparaître certains réflexes conditionnels.

A doses faibles il diminue la sensibilité du seuil auditif chez le rat conditionné par une sonnette à grimper le long d'une corde. A fortes doses une incoordination apparaît et le rat est incapable d'exécuter ce même mouvement.

De toutes ces propriétés se dégage donc le rôle inhibiteur exercé par le 4.560 R.P. au niveau du système neuro-végétatif.

Ses effets sur le système parasympathique sont inférieurs à ceux du Dipacol, Parsidol, Phénergan. Il atténue seulement la Bradycardie et l'hypotension provoquée par l'acétylcholine I.V. sur le rat. Son action sur le système sympathique est par contre supérieure à celle attribuée aux autres dérivés de la phéniazine. Sympatholytique majeur il s'oppose aux différents effets de l'adrénaline.

Il diminue ou inverse suivant les doses l'hypertension provoquée par une injection d'adrénaline. A doses fortes, il atténue ou annule la sécrétion d'adrénaline après excitation splanchique.

D'autre part, il inhibe la vasoconstriction locale due à l'adrénaline injectée par voie I.M. chez le rat. Par contre, il ne possède aucune action sur l'hyperglycémie adrénalinique.

Sur la circulation cérébrale l'effet du LARGACTIL est comparé à celle de l'insuline. On note une "déplétion des vaisseaux; artères, et veines avec conservation de la circulation, sans coma"; tandis que dans le coma insulinaire, le courant sanguin se retire peu à peu des vaisseaux "comme la mer à marée basse" (BARUK) Quant au mécanisme d'action sur les centres nerveux il est mal élucidé.

M.BRUSSET identifie l'action de la chlorpromazine à son rôle hypnotique mais est réfuté par la majorité des auteurs.

M.BERGOUIGNAN (Bordeaux) pense que le 4.560 R.P. apparaît "comme le réducteur le plus remarquable des mécanismes psychotiques engagés par le "Moi" dans sa lutte contre l'angoisse qu'il ne peut liquider".

M.LE GUILLANT estime que les neuroleptiques agissent en potentialisant l'action de la psychothérapie. Leur mécanisme d'action pourrait être étudié en se basant sur les modifications de l'activité nerveuse par la méthode des réflexes conditionnés.

Les neuroleptiques, dont le 4.560 RP. agirait en mettant au repos le cortex épuisé par des agressions consécutives à une situation matérielle ou psychologique pénible.

H.LABORIT montre l'action des neuroleptiques à l'égard de l'excitabilité neuro-musculaire et des phénomènes ioniques transmembranaires.

LASSNER et M.ACHARLES parlent d'une action di-céphalo-hypophysaire. Le 4.560 RP. provoquerait une lobotomie pharmacologique par interruption synaptique entre le cortex et le diencéphale (LASSNER).

Pour d'autres la théorie est plus récente, il exercerait une action dépressive sur les formations rétici-laires.

Une hypothèse intermédiaire envisage que la substance réticulée est sensible à la teneur en Adréna-line du sang circulant. Le 4.560 RP. agirait en déprimant la ré-cé-tivité de la substance réticulée à cette hormone. (P.DELL et M.BONVALET).

Tout récemment ces mêmes auteurs envisagent l'ex-istence de centres adermégiques au niveau même de la sub-stance réticulée sur laquelle le LARGACTIL exercerait son action.

Pour certains il semble que le 4.560 RP. agisse en interrompant l'influx nerveux au niveau de la synapse ganglionnaire.

Parasympathicolitique mineur il supposerait à l'action de l'acétylcholine à l'extrémité de la fibre ganglionnaire parasympathique. Sympathicolitique majeur il inhiberait les effets de l'adrénaline à l'extrémité de la fibre ganglionnaire sympathique. Il répondrait donc au rôle de gangliolysé. Le Professeur H.SELBACH (Berlin) mon-tre les corrélations qui existent entre l'action périphé-rique du 4.560 R.P. et son activité thérapeutique.

Ph.DECOURT cependant refuse au 4.560 R.P. toute propriété gangliolysé. Cet auteur considère comme im-propre l'appellation de sympatholysé par laquelle on désigne les produits inversant les effets de l'adrénaline sur les récepteurs des cellules effectrices. Ces substan-ces sont pour lui adrénolytiques et leur action est indé-pendante du système nerveux. Elle persiste sur les tissus dont on a détruit les fibres nerveuses. Le 4.560 R.P. en effet agit encore sur les cellules adrénaligènes de la surrénale dont on a fait dégénérer les fibres nerveuses. L'intensité de cette action paraît marquée sur les "forma-tions du type réticulaire et pour les phénomènes comple-xes comportant la mise en action de nombreux neurones, tels que (inhibition du sommeil, de vomissements, de la thermogé-nèse, de la réaction hypophysaire à l'agression, des ré-flexes conditionnés) qui caractérisent les propriétés des adrénolytiques et du 4.560 R.P. L'auteur attribue en plus à la chlorpromazine une action "narcobiotique" qui consiste à déduire l'activité des cellules vivantes en réalisant une sorte d'engourdissement cellulaire ou "narcose".

On rattachera à cette étude l'action protectrice exercée vis-à-vis des chocs, du syndrome d'irritation inverse de REILLY et des mécanismes réactionnels de l'hypophyse dans l'agression. Cette action protectrice est en effet à la base de l'hibernothérapie. Elle serait explicable pour Ph.DECOURT par les phénomènes de narcobiose cellulaire.

Ch.BERTHIER et BONNERU-COUCHOUD rattachent également l'action de la chlorpromazine aux idées de REILLY, LIYE, LAFORIT. Les phases aiguës des psychoses provoqueraient une perturbation "du terrain" et une réaction "post-agressive". 4.560 R.P. corrigerait les troubles biologiques survenus et romprait les cycles pathologiques déclenchés. Cette action serait élective sur la substance réticulée.

Dernièrement, Ph.DECOURT et P.DELL ont montré l'action de la chlorpromazine sur la substance réticulée du tronc cérébral par la méthode électroencéphalographique.

Les effets sur les différentes fonctions de l'organisme seront succinctement rappelés.

Il protège expérimentalement contre la fibrillation adrénalinochloroformique. Il exerce une action vasodilatatrice sur le débit des coronaires.

A fortes doses, il accélère le rythme cardiaque et produit une baisse de pression par vaso-dilatation périphérique. Il diminue la perméabilité des capillaires et empêche la coagulation sanguine à de fortes concentrations. Il augmente la ventilation pulmonaire. Sur la diurèse, il n'exerce pas d'action.

Avant d'utiliser en thérapeutique les nombreuses propriétés de ce médicament il était nécessaire de déterminer sa toxicité.

TOXICITE :

Si l'on s'en réfère aux résultats tirés de l'expérience cette toxicité est légère. Il faut une forte dose de 4.560 R.P. intraveineux pour déterminer chez l'animal la mort par arrêt respiratoire. L'anatomo-pathologie montre l'intégrité du lobule hépatique et une simple congestion rénale. La voie sous-cutanée est peu dangereuse. On constate seulement même à doses importantes une hypnose, de l'hypothermie et une diminution de la sensibilité.

Les travaux de M.BARUK ont porté sur la variation des effets obtenus suivant les doses et l'espèce animale considérée. Les auteurs ont noté chez les vertébrés supérieurs, à doses faibles un assoupissement avec conservation de l'état affectif (comme l'illustre dans le film présenté par M.BARUK l'image du chat réagissant encore à la vue de la souris. A fortes doses le sommeil apparaît dominant sur l'électroencéphalogramme un tracé analogue au sommeil physiologique. La catatonie est observée chez les mammifères, isolément sans troubles neuro-végétatifs, ni épilepsie, ni hyperkinésie. Elle est réversible.

Chez la souris et le singe à doses élevées des parésies ont été observées.

Les troubles de posture corporelle apparaissent à doses faibles et se manifestent par l'anomalie des réflexes de redressement ou de retournement lorsque l'animal est vu dans une position contraire à la statistique.

Ces observations mettent en évidence l'action plus élective du 4.560 R.P. sur les animaux évolués dont le cortex est développé. Pour cet auteur le médicament agirait uniquement "comme sédatif" en mettant au repos les centres nerveux supérieurs.

Tous les effets obtenus ont été réversibles et n'ont pas entraîné de décès même à fortes doses et il semble donc que la toxicité du 4.560 R.P. soit faible.

Nous indiquerons par ailleurs les effets observés en clinique humaine dans les traitements prolongés.

—:—:—:—:—:—:—:—:—

A la suite des travaux de messieurs J. DELAY et P. DENIKER (1952), nous employons depuis 1953, dans les services de Monsieur DUPONT, le 4.560 RP. en cure neuro-plégique simple et prolongée.

Le traitement de base comprend pendant un mois environ, des injections I.M. à la dose de 150 mg par jour auxquelles succède une cure d'entretien, par suppositoires, comprimés ou gouttes, à dose égale ou le plus souvent supérieure (de 150 à 300 mg).

Nous commençons la série d'injections, en augmentant lentement les doses.

1er jour : 1 ampoule à 25 mg en 2 fois
 2^e jour : 1 ampoule 1/2 à 25 mg en 2 fois
 3^e jour : 2 ampoules à 25 mg en 2 fois
 pour atteindre progressivement au septième jour la dose maxima journalière de 150 mg, répartie en trois injections pendant 20 jours.

Les 10 jours suivants, nous prescrivons 2 à 3 suppositoires à 100 mg ou bien 6 comprimés à 25 mg en 3 fois (150mg), soit encore 3 fois 60 gouttes en moyenne.

Cette cure d'entretien permet de maintenir les résultats toujours acquis au cours des injections qui sont les plus efficaces. Auparavant, nous ordonnions surtout des comprimés mais actuellement nous leur préférons les suppositoires. Ils permettent d'utiliser sans ennui gastrique, une dose supérieure et semblent posséder une action plus intense. Nous excluons de ce mode d'administration les incontinentes ou les personnes présentant des hémorroïdes. Pour certains opposants, cherchant à rejeter les suppositoires ou les comprimés administrés, nous avons recours depuis peu aux gouttes qui nous permettent d'être sûrs que le 4.560 RP. a été réellement absorbé. La durée du traitement n'est soumise à aucune règle fixe et dépend seulement de l'évolution clinique.

Dans les psychoses aiguës, il suffit souvent de deux séries pour obtenir une amélioration complète avec sortie. (Une série correspond à une cure d'injections I.M.). Dans les psychoses chroniques par contre, les séries se succèdent. Le traitement est suivi plusieurs mois, parfois même une année ou deux sans interruption. Cependant, dans cette éventualité, les ennuis de résorption du produit sont fréquents. L'apparition d'indurations fessières oblige souvent à renoncer momentanément aux injections I.M. On recourt aux perfusions veineuses ou rectales, de 3 ampoules de 50 mgr de 4.560 R.P. diluées dans 500 cm³ de sérum glucosé isotonique. Nous n'avons pu utiliser les perfusions sous-cutanées qui provoquent l'apparition d'eczéma diffus. D'autre part les perfusions veineuses ne peuvent être prolongées car progressivement les veines se sclérosent. Les perfusions rectales dans ces traitements au long cours, exception faite pour les incontinentes,

sont les plus employées, en alternance avec les cures d'entretien par gouttes, comprimés, ou suppositoires. Nous reprenons le plus tôt possible les injections.

Lorsque l'amélioration est complète et la sortie envisagée, nous conseillons de ne jamais interrompre le traitement et de continuer une cure d'entretien (20 jours par mois) soit avec des comprimés (4 c. à 25 mgr = 125 mgr), soit avec des suppositoires (2 à 100 mgr). Nous demandons aux malades de venir consulter tous les 3 mois, afin de continuer à surveiller l'état mental pour prévenir les récurrences.

Les incidents observés depuis 1953, en pratiquant cette méthode, sont peu fréquents, et dans l'ensemble rarement graves. Lors de nos premiers essais, nous avons eu quelques lipothymies et syncopes, attribuées à une chute brutale de la tension artérielle. C'est ce qui nous a fait envisager de commencer par de faibles doses au début, et de les augmenter très progressivement ; d'autre part, avant d'entreprendre le traitement chez les hypotendus, nous améliorons leur état général par des perfusions de sérum glucosé isotonique, et des injections de caféine et de cortine. Avec ces précautions, le 4.560 R.P. est bien supporté et la tension artérielle au cours du traitement se stabilise même. Par ailleurs, nous avons noté des troubles du rythme. Plusieurs personnes ont présenté une tachycardie lors de l'instauration du traitement, celle-ci régresse généralement pendant la cure d'entretien. L'auscultation nous a permis de constater des extrasystoles qui cèdent aux thérapeutiques sédatives. Le traitement est plus délicat à instituer chez les malades atteintes de lésions artificielles cardiaques, même bien tolérées. Nous hésitons à mettre en traitement, une femme de 45 ans, atteinte de rétrécissement mitral bien compensé, mais l'insistance de la famille fait entreprendre la cure neuroplégique avec institution de toxo-cardiaques mineurs préventifs. Au huitième mois, on note une arythmie complète, confirmée par l'électrocardiogramme. La suppression des injections remplacées par des suppositoires à dose légèrement supérieure, 2 suppositoires à 100 mgr, et l'administration de digitaline, font régresser les troubles. Chez d'autres cardiaques les suppositoires sont également bien tolérés, alors que les injections provoquent des syncopes. Les améliorations sont obtenues en utilisant uniquement les suppositoires, mais nous n'observons pas par ce moyen de guérison réelle.

En dehors de ces incidents cardio-vasculaires, nous avons observé quelques dérèglements neuro-endocriniens. Certaines femmes accusent un retard de règles ou de l'oligoménorrhée. Par contre, chez les chroniques, le traitement peut faire réapparaître les règles lorsque l'amélioration s'installe. La constipation, est presque générale, mais rétrocede vite, par les laxatifs habituels. Nous signalerons également des troubles de la régulation thermique. La température s'élève, le soir, pendant les séries d'injections mais elle se stabilise lorsque l'on reprend la cure d'entretien.

Nous n'avons pour notre part, jamais observé de troubles extra-pyramidaux, même au cours des longues séries. Un autre problème s'est posé pour nous, concernant les malades ayant les antécédents tuberculeux. Dans 4 cas, vérifiés à la radioscopie avant le traitement, nous avons constaté, après 6 mois, ou 1 an de traitement, l'apparition d'images suspectes et l'augmentation très nette de la vitesse de sédimentation. Il y avait fléchissement de l'état général avec température, asthénie, anorexie, sans amaigrissement marqué (le 4.560 R.P. ayant auparavant provoqué une augmentation de poids).

Dans 4 autres cas, la même évolution a été notée (dont 1 cas de tuberculose grave, ulcéro-nodulaire bilatérale) mais les malades n'avaient pas été examinés à la radioscopie avant la cure de 4560RP. Nous avons pensé qu'il avait facilité le réveil des phénomènes anciens en diminuant la résistance de l'organisme à l'infection comme certains auteurs le remarquent. Plusieurs cas de tuberculoses ayant été constatés à la même période, chez des malades non soumises à la cure neuroplégique nous ne pouvons conclure.

De toutes façons, actuellement, nous continuons le traitement par suppositoires tout en administrant P.A.S., Streptomycine, et Rimifon. Plus gênants, et fréquemment observés, sont les ennuis de résorption dus au 4.560 R.P. Après 5 ou 6 séries, les indurations fessières sont importantes et l'injection devient impossible. De véritables abcès se forment avec température, chaleur, douleur. On doit les inciser, ou les ponctionner. Dans d'autres cas, on ne remarque pas de phénomènes inflammatoires, mais le 4.560 RP. semble collecter dans une poche en profondeur, où il stagne, sans pouvoir exercer son action. Le liquide retiré par ponction est épais, marron, et souvent mêlé d'amas purulents. Des dosages de 4.560 RP. dans ce liquide ont été pratiqués par Monsieur GUERIN, au laboratoire départemental et ont montré l'importance des doses de 4.560 RP. retenues. Pour continuer la cure comme nous l'avons précédemment expliqué, nous substituons momentanément des perfusions rectales, aux injections. Comme d'autres auteurs, nous envisageons dans l'avenir l'administration d'hyaluronidase.

Cette description résume l'ensemble des ennuis observés chez nos malades au cours des traitements. En outre, nous avons déploré, chez le personnel soignant des réactions de sensibilisation, tout-à-fait analogues à celles publiées en détail par Mr H.EY et collaborateurs. Il s'agit de dermites eczémateuses prurigineuses, prédominant aux paupières, aux lèvres et aux mains. Il a été constaté également des réactions "pseudo-érysipéloïdes" comme le signalent au colloque international de PARIS, Mr EY et collaborateurs. Le port des gants, le lavage minutieux des mains, après manipulation n'a pas empêché l'apparition des réactions allergiques. Les réactions sont exceptionnelles chez les malades soumises au traitement. Nous les avons seulement observées après les perfusions sous-cutanées, que nous avons ensuite abandonnées. Par contre, nous connaissons le cas d'une guérison d'un eczéma chronique, chez un malade traité par le

4.560 R.P. pour ses troubles mentaux. Nous avons remédié à ces ennuis en séparant les infirmières du milieu imprégné et en créant des quartiers réservés au LARGACTIL où nous avons groupé les infirmières résistantes. De toutes ces constatations découlent des précautions à prendre avant, et pendant le traitement.

AVANT : - il faut connaître la tension artérielle de chaque malade et remonter l'état général des hypotendus.

- Pratiquer une radioscopie pulmonaire des malades ayant des antécédents tuberculeux.

PENDANT le traitement : - il convient de surveiller

- la tension artérielle
- le rythme cardiaque
- la température
- l'émission régulière des selles
- l'aspect des régions fessières
- l'état général des anciens tuberculeux (température, poids, vitesse de sédimentation).

Il semble nécessaire également de laisser les malades allongés pendant la demi-heure qui suit les injections.

Avec ces précautions la cure par le 4.560 R.P. nous a paru même prolongée, sans danger.

AU 4.560 RP.

En dehors de ces incidents, nous avons noté des modifications psychiques, physiques et biologiques, caractéristiques du médicament.

Comme de nombreux auteurs, nous avons observé fréquemment au début de l'amélioration mentale un syndrome psychique particulier décrit par J. DELAY.

"La somnolence analogue à celle que provoque les anti-histaminiques est un des effets les plus remarquables. Quoique variable d'un malade à l'autre on peut la dire constante et importante ; dans les deux ou trois premiers jours du traitement, les patients passent la plus grande partie du temps en sommeil et lorsqu'on les en tire ils restent nettement obnubilés.

Après quelques jours, l'effet hypnotique s'atténue considérablement et souvent disparaît complètement. Il ne faudrait pas en conclure que le médicament n'agit plus. Il assure la régularité du sommeil et sa cessation dans certains cas fait réapparaître les symptômes. En général ; les malades traitées sont même après quelques jours un peu somnolentes et comme indifférentes "les malades n'expriment pas d' euphorie quoique conscients des effets favorables du traitement".

Il s'établit chez le malade un état de détente qui n'est ni de l'indifférence ni de la stupeur, malgré une bradypschie apparente ; nous oserions parler "d'ataraxie" (Bergouignan, J. Delay)

Chez nos malades traitées nous avons très fréquemment observé ce syndrome. L'atmosphère d'un service réservé au 4.560 R.P. est d'ailleurs caractéristique. Dès l'entrée on est frappé par le silence qui y règne. Les femmes s'occupent à différents ouvrages (tricots, couture), mais sans parler. Interrogées elles répondent sur un ton monocorde, indifférent, et après un temps de latence. L'attitude est encore un peu figée et le visage manque de mobilité. Après cette phase de durée variable, les signes s'estompent et un comportement normal apparaît.

Le 4.560 RP. exerce également une action particulière sur le physique des sujets traités. Dès les premiers mois de cure, on note une augmentation du poids sans qu'il y ait toujours augmentation de l'appétit. Cette prise de poids semble correspondre chez quelques malades à une sorte d'infiltration oedémateuse qui prédomine au visage et aux membres inférieurs. Nous ignorons les causes réelles de ce fait clinique. S'agit-il d'une action oedémateuse pure, ou plutôt d'une action sur l'équilibre ionique et les phénomènes cellulaires de membrane.

La théorie de LABORIT pourrait concilier les deux hypothèses. Pour cet auteur la chlorpromazine possède une action sur le métabolisme du potassium en inhibant sa fuite cellulaire et en produisant une hypokaliémie.

Le DOSAGE des 17 CÉSTÉROÏDES dans certaines
psychoses chroniques et l'influence du
LARGACTIL

Avant tout traitement : l'élimination en 24 heures des 17 céstostéroïdes urinaires a été dosée chez 23 malades schizophrènes et chez une malade hallucinée chronique.

La majorité de ces femmes étaient des malades dont les troubles évoluaient depuis années. Chez 8 d'entre elles l'évolution remontait à une année mais les processus dissociatifs étaient particulièrement marqués.

Les résultats :

1°) 50 % des dosages sont normaux. A part 2 malades schizophrènes jeunes ce sont des malades chez qui les processus dissociatifs remontent à de longues années, dont le délire est identique depuis longtemps et l'état général satisfaisant dans l'ensemble.

2°) 50 % sont anormaux.

10 malades présentent des chiffres élevés de 114 mg à 46mg.

5 sont de jeunes malades en période aiguë avec excitation, impulsions.

4 malades présentent des chiffres bas de 1,4 mg à 2,7 mg.

Ces dernières malades sont dans une phase avancée de l'évolution dissociative avec épuisement physique.

On peut donc conclure qu'avant tout traitement si dans 1/2 des cas, les dosages s'avèrent normaux, dans la 1/2 des cas on a affaire à des dosages pathologiques :

- Elevés lorsque le sujet est en période aiguë et au début de son évolution.

- Abaissés lorsque le sujet est très avancé dans la maladie.

AU COURS DU TRAITEMENT ET APRES LE TRAITEMENT PAR LE 4.56CRP

Seule une quinzaine de malades a pu être suivie. Il faut noter en effet les difficultés multiples : mauvaise volonté des malades, agitation, ou gâtisme conduisant à la pose d'une sonde à demeure avec surveillance de 24 Heures

LES RESULTATS.

L'évolution du chiffre d'excrétion est variable.

1) L'amélioration clinique ne correspond pas forcément à une élévation ou à un abaissement, du chiffre des 17 Céstostéroïdes urinaires.

2) Chez les malades atteintes de psychoses chroniques les chiffres d'excrétion peuvent rester normaux

ou abaissés légèrement, le tout allant avec une amélioration ou un état identique de l'évolution.

Cependant il faut signaler que l'évolution vers des chiffres très bas est le fait :

— soit d'une aggravation. (la seule malade chronique n'ayant réagi à aucun traitement et dont l'état s'est progressivement aggravé a vu ses 17 cétostéroïdes progressivement abaissés.

— soit d'une rechute. (une malade hallucinée chronique de longue date avec le traitement a vu progressivement son chiffre de 17 cétos remonter de 2,5 à 10,1, rester à ce taux pendant un temps. L'amélioration semblant suffisante à la famille, elle est sortie, n'avait pas critiqué son délire et après la sortie n'a pas accepté de suivre un traitement d'entretien. Réintégrée après quelques mois son chiffre de 17 cétostéroïdes a été trouvé à nouveau très abaissé (1,9) ce qui correspondait à un état mental et physique aggravé).

3) Le problème pour des jeunes malades en période aiguë avec des chiffres élevés au départ est quelque peu différent. Sous l'influence du traitement et après quelques variations les chiffres tendent à revenir à la normale ou oscillent autour d'un chiffre normal.

EN CONCLUSION — En suivant l'évolution du chiffre des 17 cétostéroïdes pendant le traitement de LARGACTIL.

1) l'évolution clinique ne suit pas toujours l'évolution des chiffres des 17 cétostéroïdes.

2) Le LARGACTIL influe sur l'excrétion des 17 cétostéroïdes et semble donc agir sur le complexe hypophyso-surrénalien.

3) s'il semble abaisser ce chiffre d'excrétion comme l'a signalé un auteur récemment, en fait ceci se produit surtout les cas aigus ou les processus de stress sont bien marqués.

4) chez les chroniques on peut voir au contraire le taux d'excrétion revenir à un taux normal avec amélioration de l'état mental et physique.

5) l'évolution vers un abaissement des chiffres malgré le traitement semble de mauvais pronostic.

- R E S U L T A T S -

Les 46 malades traitées étaient des schizophrènes ou tout au moins des malades dont la psychose initiale avait évolué plus ou moins rapidement vers un état dementiel rebelle à toute thérapeutique.

Le début des troubles mentaux remontait à plusieurs années. 24 guérisons cliniques ont été obtenues avec sortie et reprise d'une vie sociale normale.

12 de ces malades dont la sortie remonte de 10 à 26 mois ont vu leur amélioration persister.

Les 12 autres ont présenté une rechute et ont été de nouveau admises à l'hôpital psychiatrique. Lors de leur réintégration, l'interrogatoire a montré que pour des motifs différents, toutes avaient arrêté le traitement.

Remises de nouveau au traitement par le 4.560 RP.

6 sont sorties rapidement

3 sont en instance de sortie

2 sont améliorées.

Quant à la dernière, sa réintégration date seulement de quelques jours.

Des 22 malades restant : 5¹ sont sorties dans leur famille,

incomplètement guéries. Si elles n'ont pas réintégré l'établissement, elles n'en ont pas pour autant repris chez elles une vie normale.

1¹ malade dont le début de la maladie remontait à 1934, est également sortie dans sa famille, mais pour une permission d'un mois. A l'expiration de cette permission la mère de la malade a demandé de la conserver étant donné un comportement meilleur, que lors des permissions antérieures (observation 6).

2 malades encore hospitalisées sont très améliorées, mais la sortie n'a pu être réalisée jusqu'à présent par suite de conditions sociales défavorables.

5 malades ont récupéré une activité asilaire.

5 ont vu régresser certains de leur symptômes.

et chez les

4 malades restant, le résultat peut-être considéré comme nul (2 de ces 4 malades avaient été auparavant lobotomisées).

Les résultats ont été arrêtés pour que ce travail puisse paraître (mai 1956), mais ces 22 malades continuent à

être traitées sans interruption bien que certaines soient au traitement au 4.560 RP. depuis plus d'un an. Il reste possible que les résultats s'améliorent.

Quoique cela paraisse dépasser les limites de cette thèse, nous avons tenu à noter le point de détail suivant.

Les malades qui ont fait l'objet de cette étude sont toutes des FEMMES. Le traitement par le 4.560 RP. a été entrepris en même temps dans les services des HOMMES. Les résultats obtenus à l'époque, et qu'il serait trop long de rapporter ici, nous ont semblé nettement inférieurs à ceux obtenus chez les malades FEMMES. (voir publication Annales Médico-Psychologiques Avril 1955).

En novembre 1954, sur 22 malades HOMMES, de diagnostic identique, traités,

2 seulement avaient présenté
une légère amélioration

tandis que sur 28 malades FEMMES traitées,

11 améliorations notables avaient été obtenues.

5 améliorations hospitalières

8 améliorations légères et seulement

4 échecs complets.

Les observations détaillées suivantes, portent sur 10 cas de malades améliorées dont l'évolution présente quelques particularités caractéristiques.

.....

Madame G. L..... âgée de 32 ans, ouvrière d'usine entre le 15 avril 1952 à l'Hôpital de DURY. Le certificat d'internement mentionne des tentatives de strangulation avec refus de s'alimenter et de se soigner.

Le début apparent des troubles se situe en 1942 (elle avait 22 ans) et nécessite un internement de 3 mois à CLERMONT pour excitation psychique. Le traitement non précisé apporte une amélioration relative qui permet une reprise du travail jusqu'en 1945.

A la suite d'un accouchement, Madame G. accuse des douleurs diffuses atypiques, accompagnées d'asthénie et d'insomnie. Une fausse couche survenue au cours de la même année semble aggraver son état. Madame G. s'isole, travaille peu et dort difficilement. Les idées hypochondriaques persistent, s'exagèrent progressivement pendant 6 années. Au mois de décembre 1951, on doit l'hospitaliser au Service Ouvert d'AMIENS pour refus de s'alimenter, tentative de suicide et cénesthésies.

Une série de chocs entreprise apporte une légère amélioration. Quatre mois plus tard, les parents tentent une sortie, mais Madame G.... ne peut reprendre une vie normale et pendant huit jours, reste alitée, inactive, refuse ses repas et fait des tentatives de fugues, et devient agressive pour sa famille.

En avril 1952, elle entre à l'Hôpital de DURY.

Pendant 10 mois, le comportement de Madame G. évoque une dépression psychique caractérisée par de l'anxiété, des pleurs, des tentatives de fugues avec idées de suicide.

Au syndrome dépressif s'ajoutent des cénesthésies et une anesthésie avec négation d'organes.

"La malade sent sa gorge brûlée par des acides, son estomac rempli de bulles d'air qui crèvent, sa peau gorgée d'eau comme une éponge."

Elle s'enfonce des aiguilles dans les bras et les cuisses sans douleur, déclare ne plus posséder de salive, ni de cheveux, ni de poils ; (et elle arrache ceux-ci).

Les comas insuliniques et les chocs atténuent l'intensité des troubles et permettent d'accorder une permission de 8 jours en août 1952.

A son retour, Madame G. s'évade. Elle est ramenée à l'Asile sur sa demande par un automobiliste de passage.

Au mois de septembre 1952, le test de ROSSCHACH pratiqué fait émettre les conclusions suivantes :

- 1°/ Comportement bizarre pendant tout le test
- 2°/ Fréquentes digressions sur les idées délirantes
- 3°/ Pauvreté générale du résultat contrastant avec l'esprit vif de la malade habituellement
- 4°/ Stéréotypie
- 5°/ Idées mélancoliques

Le tout traduisant un affaiblissement des facultés intellectuelles que la malade réalise elle-même.

En janvier 1953, commence une période d'agitation presque constante au cours du mois et qui nécessite la mutation au Service des Agitées en avril 1953.

Dans cette section, surviennent des hallucinations visuelles et auditives qui, ajoutées aux cénesthésies favorisent l'élaboration d'un délire d'influence avec des idées incohérentes.

Soumise à ses hallucinations, elle casse parfois des carreaux, frappe des malades, injurie, chante et pleure successivement. On doit la canisoler et parfois même la mettre en cellule.

Les préoccupations hypochondriaques persistent, lui donnant un leit-motiv pour rester alitée. Elle refuse toujours de s'alimenter, de faire sa toilette. Des obsessions sexuelles apparaissent. Les nuits sont rarement calmes. Elle chante, se promène et dort peu. Dans la journée, elle demeure souvent alitée, cachée sous ses couvertures sans parler et son attitude suggère le diagnostic d'une démence qui s'installe.

Un examen général est pratiqué qui permet de commencer le traitement par injections intramusculaires de LAGACHEL.

.../...

Nous remercions Madame le Docteur DENU d'avoir testé cette malade en 1952.

- Tension artérielle 11 - 6
- Pouls 70
- Reflexes oculo-cardiaques (70 - 60)
- Reflexes tendineux vifs
- Teint subictérique
- Urée 0,27
- Glycémie 1,03
- B.W. négatif.

Après une première série d'injections de 20 jours, on doit arrêter le traitement le 28 janvier pour lipothymies expliquées par la baisse brutale de la tension (de 11-6 à 8/2-5).

Cependant l'agitation régresse en février, et Madame G. prend enfin l'initiative, un matin, de faire sa toilette seule. Le 2 février, on administre à nouveau 4 comprimés à 0,25 par jour. Deux fois par semaine on pratique des perfusions de sérum glucosé isotonique sous-cutanée et des injections intra-musculaires de caféine afin de reprendre le Largactil en piqûres.

Le 20 avril, la tension artérielle est améliorée (12 - 6) et le traitement repris pendant 20 jours en injections intra-musculaires.

A la suite de cette nouvelle cure, Madame G. reste calme pendant les mois de Mai et de Juin. Les hallucinations persistent, mais deviennent conscientes. Les douleurs diffusent s'atténuent. La malade retrouve une activité normale. Elle s'agitente seule et mieux, tricote et répond avec bon sens aux questions.

Le 24 juin, elle est mutée dans le service réservé aux malades calmes et traitées au Largactil. Le traitement continue suivant le schéma habituel.

Deux séances de choes sont entreprises par semaine en vue d'atténuer les hallucinations.

Les observations journalières ci-dessous marquent les étapes de l'évolution vers la guérison.

- 3 juillet : Pleure et s'inquiète de l'avenir de ses enfants.
- 5 juillet : Assiste à la séance de cinéma avec plaisir comprend le film qu'elle expose.

- 9 juillet : Entend des voix lui ordonner de casser un carreau mais "je ne les écoute pas, dit-elle".
- 10 juillet : reçoit bien ses visites, demande à partir en permission. Elle tricote et reste calme.
- 13 juillet : "Je sens mes yeux secs et je me trouve attirée vers le sol." - Toujours calme. Activité normale -

Jusqu'au 30 juillet, les cénesthésies persistent (ses os craquent, son coeur se dédouble), les hallucinations auditives également. "On parle d'elle. Le soir, un moteur tourne dans sa tête."

- Interrogée le 30 juillet, elle nous rappelle sa vie.

"Fille d'ouvriers, enfant unique, elle est choyée matériellement, mais le climat familial ne semble pas très favorable. Le père est alcoolique, tente une fois de se pendre (elle avait 7 ans). Madame G. évoque l'anxiété de ses retours de classe le lundi car elle savait que son père aurait bu."

"Emotive, elle souffre des disputes fréquentes qui divisent ses parents."

"Elle dit avoir éprouvé souvent dès l'âge de 10 ans un sentiment d'étrangeté et de solitude."

"Je n'étais pas comme tout le monde. Je me sentais drôle. Je m'ennuyais sans frère ni soeur et me voyais malheureuse".

"Elle déclare également :

"J'avais peur de la foule. J'en avais la colique pour traverser les rues."

Bonne élève, elle obtient son C.E.P. à 13 ans. Ses parents la font travailler dans une usine de textiles. Précocement à 15 ans, elle a ses premiers rapports sexuels. Brutalement, elle apprend que le jeune homme est marié, mais continue de le fréquenter. "J'étais comme traqué, dit-elle. Mes parents m'interdisaient de le voir, il a fallu rompre." "A 17 ans elle se marie avec un homme brutal, jaloux. "J'en avais peur, j'ai eu six semaines de bonheur."

En 1939, naissance de son fils

En 1940, elle divorce, mène une vie dissipée

En 1943, elle fréquente un homme marié dont elle a une fille en 1945. Elle fait une fausse-couche la même année.

Elle laisse ses enfants en pension chez ses parents et vit avec son ami.

"Il hésitait entre sa femme et moi, dit-elle, j'en viais les grandes familles."

On lui demande d'évoquer alors ses années passées à l'Hôpital. Elle nous déclare :

"On me poussait à casser des carreaux, à battre les gens, j'entendais des grouillements en moi comme des explosions, je croyais que ma langue s'en allait, que mes os s'allongeaient, que ma peau était molle."

Pourquoi vouliez-vous mourir ?

Parce que je souffrais trop et ne voyais pas venir la guérison. Je voulais partir pour ne tuer. J'entendais sans cesse des gens parler de moi. Les morts ne demandaient d'aller les déterrer. On aurait dit la fin du monde, il n'y avait que moi qui vivait. J'avais des voix. Mon corps pourtant, il était à moi. On aurait cru que j'étais poursuivie par un avion, que les gens avaient ma peau et me chassaient.

Comment vous sentez-vous actuellement ?

"Je vais mieux, je raisonne mieux ; avant, je n'aurais pas pu parler avec vous. Je veux sortir, m'occuper de mes enfants. Mes parents ont eu du mal à les élever, ils ne sont plus jeunes. Je n'entends plus de voix mais encore quelques craquements et mon cœur bat vite et se dédouble. Je voudrais travailler, je me sens pleine de courage."

Le 31 août :

Voici un fragment de lettre adressé à sa famille

" Je vous envoie un petit mot pour vous donner de mes nouvelles qui sont excellentes. Je me sens de jour en jour beaucoup mieux et je suis beaucoup plus heureuse, car vous savez, les années que je viens de passer, je les ai passées dans un triste état ; mais là, je me sens revivre ; depuis quelques jours, je fais des travaux de ménage, je me sens plus solide, aussi mes enfants vont être joyeux et moi aussi."

Le 17 août :

La sortie de la malade est accordée. Elle ne ressent aucune douleur, n'a plus d'hallucinations, se dit guérie

.../...

et prête à reprendre sa vie d'usine et son travail d'intérieur.

ANTECEDENTS HEREDITAIRES : père alcoolique.

ANTECEDENTS PATHOLOGIQUES : n'en signale pas.

EN CONCLUSION :

Chez Madame G. les premiers troubles mentaux semblent avoir apparu dès l'enfance.

(peur de la foule, sensation d'étrangereté et de solitude)

L'adolescence et la vie privée ultérieurement sont également imprégnées de déséquilibre et d'instabilité.

L'épisode d'excitation marquant le début apparent des troubles survient en 1942. Il est suivi en 1952 d'un épisode dépressif, puis mixte qui pourrait faire penser à une psychose périodique simple.

Cependant, dès janvier 1953, l'agitation est importante. Des hallucinations cénesthésiques visuelles et auditives apparaissent s'intensifient progressivement. Dépression et excitation s'intriquent sans rémission ni périodicité ; très souvent, Madame G. reste allongée sous ses couvertures inactive, sans parler. Au cours de la même journée, elle présente brutalement des impulsions avec injures et délire incohérent qui évoquent une dissociation psychique importante. On pourrait penser à un délire hallucinatoire chronique, mais la pauvreté du test de RORSCHACH pratiqué semble plus en faveur du diagnostic de schizophrénie. Quelque soit le diagnostic retenu, cette malade, dont l'état s'aggravait journellement semblait passer à la chronicité.

Le LAGACTIL seul a transformé totalement le pronostic, faisant disparaître les troubles psychiques.

L'amélioration se fit lente et progressive.
.... Il fallut 8 mois de traitement pour obtenir une guérison véritable et apparente.

.../...

La sortie est accordée le 30 septembre 1954.

Depuis, Madame G. a repris normalement sa vie de femme.

Elle se trouve en parfaite santé comme nous avons pu le constater lors d'une de ses visites à l'Hôpital psychiatrique en août 1955.

Elle a repris avec elle ses deux enfants et assume actuellement un travail régulier et satisfaisant à l'usine.

Mademoiselle F..... âgée de 43 ans, est transférée le 5 juin 1950 à l'hôpital de DURY.

Mademoiselle F..... avait 35 ans, lors de son arrivée à l'hôpital de CLERMONT ; le certificat d'internement note : "Prétend être constamment suivie par le démon, parce qu'elle a fait de grandes fautes et qu'elle doit expier..... Elle désire gagner le ciel, et pour échapper au démon, elle s'est levée précipitamment et s'est sauvée rapidement dans l'escalier. Il s'agit d'un état délirant avec hallucinations multiples.

Le lendemain, le certificat de 24 heures indique : "état dépressif atypique - exprime des idées de culpabilité - dans sa jeunesse, elle a commis des péchés graves contre la pureté - s'accuse d'un sentiment de haine et de jalousie - dirigés contre une autre jeune fille - vis-à-vis de ses parents, elle n'est pas ce qu'elle devrait être - idées très vagues de persécution - à l'égard des gens du petit pays qu'elle habite - ambivalence - discordance - sourires bizarres - pas de phénomènes hallucinatoires apparents - se dit poursuivie actuellement par la tentation qui est la fait du démon - état général médiocre -

antécédents pulmonaires bacillaires

Un traitement qui n'a pas été mentionné est institué alors et permet la sortie le 10 octobre 1942, mais Mlle F.... doit être réintégrée le 28 juin 1943, "pour agitation psychique, avec loquacité - désordre des propos - association des idées par assonance - plansanteries - fausses reconnaissances - grimaces - désordres des actes - chants - insomnie - refus d'aliments.

Elle sort améliorée le :

22 novembre 1943, mais doit être internée 6 mois plus tard, à l'hôpital de PREMONTRE, pour excitation psychique, où plusieurs cures de Sattel et des insufflations gazeuses permettent seulement des courtes rémissions.

En 1950, dans les services de l'hôpital de DURY, Mademoiselle F..... présente une agitation continue mais exacerbée aux périodes menstruelles. Le comportement habituel de Mlle F.... est fait d'impulsions et de bizarreries. Elle profère des injures envers les infirmières et les malades, n'hésitant à frapper lorsqu'on s'approche d'elle. Spontanément elle néglige sa toilette, s'oppose à ce que l'on change son linge quand elle l'a souillé (il lui arrive parfois en effet d'être gâteuse). Ses paroles sont incohérentes et le plus souvent grossières. Mlle F..... ne cherche pas à parler à ses voisines qu'elle semble ignorer. Dans la journée elle reste assise sur un banc et présente une stéréotypie gestuelle de la main gauche rappelant le tremblement des Parkinsoniens. Sa main est animée d'un mouvement comparable à celui que l'on fait pour "rouler une cigarette".

Lorsqu'on lui demande pourquoi elle se comporte ainsi, elle répond : "je travaille c'est du spiritualisme". Brusquement, il lui arrive de quitter sa place en relevant ses jupes pour faire le tour de la salle en proférant des menaces. Puis en se calmant, elle revient à son banc. Le soir avant son coucher un rituel se produit. Melle F..... reste debout silencieuse au pied de son lit, le regard fixe, tourné vers le plafond, pendant une demi-heure environ. Son attitude n'évoque en rien celle de la prière et nous en ignorons la cause. Les nuits sont fréquemment agitées. Il arrive à la malade de chanter et de crier pendant plusieurs heures. Les traitements institués n'apportent pas d'amélioration.

Pendant trois années Melle F.... présente ces mêmes symptômes. L'excitation psychique ininterrompue et l'incohérence du comportement y tiennent la note dominante.

Nous sommes frappés par son aspect viriloidé. Cette impression est donnée à la fois par la morphologie longiligne d'un corps osseux sans formes, et la rudesse des traits du visage, accentuée par une expression toujours hostile et une pilosité péribuccale. La coiffure endurecit l'aspect. Les cheveux sont noirs, rejetés en arrière puis tressés en une natte unique retombant bas dans le dos. (Elle est à noter qu'une malade dans son délire, la prenait pour un homme.)

L'examen physique pratiqué avant la mise en route du traitement est héroïque. La malade est opposante. Elle tremble, s'agite, profère des injures. "Je ne veux pas qu'on me touche..... Laissez-moi..... J'aimerais mieux crever que de me faire soigner par ces femmes de mauvaise vie....."

Enfin, le 17 Juin 1954 débute le traitement. Immédiatement Melle F..... se calme, mais continue de présenter des mouvements rythmiques de sa main gauche. Un mois plus tard, elle est cependant capable de donner pour la première fois, quelques renseignements exacts sur sa famille. Spontanément cependant, elle ne parle pas, n'a aucune activité dans la journée, et reste opposante pour les soins.

28 Juillet : Alors que jusqu'à présent Melle F..... refusait qu'on lui fasse sa toilette, elle demande à prendre un bain.

18 Août : soit deux mois après le début du traitement elle va d'elle même se faire servir à table. Quelques jours plus tard, elle souhaite écrire à sa mère et lui adresse une lettre cohérente mais où elle semble confuse, car elle se croit encore internée à l'hôpital de PÉREMENTRE.

Le soir elle se déshabille seule et plie ses vêtements. Le lendemain elle accepte de faire des jours et travaille assidûment. Le tic de sa main gauche s'atténue à la suite des remarques répétées des infirmières qui tentent de la rééduquer.

3 mois après le début du traitement en septembre, elle écrit aux différents membres de sa famille pour donner de ses nouvelles et en demander. Dans la journée, elle coud. Elle est calme, dort régulièrement. Elle répond plus facilement aux questions mais garde un aspect encore un peu rigide. L'expression du regard est toutefois plus détendue et souriante. Une certaine bradypsychie persiste. Les réponses sont données après un temps de latence et répétées souvent à plusieurs reprises. A cette même période Melle F..... se rend à la messe où elle chante des cantiques dont elle a gardé avec netteté le souvenir des paroles et de la musique.

Un mois plus tard, elle fait sa prière à genoux le soir et cesse de fixer le plafond. Elle continue à être calme et s'intéresse davantage à ses voisines. Sa démarche est encore guindée. Elle tricote, coud et demande même à se rendre à l'atelier de lingerie.

En Novembre, elle fait enfin seule sa toilette. Dès lors, elle s'entretient avec les infirmières, montre une extrême politesse et se rend chaque jour à son travail.

Elle reçoit la visite de sa famille et s'entretient très bien avec elle.

En Janvier 1955, soit 7 mois après l'institution du 4.560 R.P. elle est capable d'assister à une séance de théâtre.

En Février 1955, Melle F..... peut retracer les principaux événements de son enfance et de son adolescence. Elle nous dit être l'aînée d'une famille de trois enfants. Elle passe son C.E.P. à 13 ans, et poursuit ses études; mais échoue au brevet. Elle garde un souvenir de son adolescence et parle avec regret du temps où elle dirigeait une chorale. " Je chantais, et mon père m'accompagnait à l'harmonium. " Les souvenirs plus récents sont moins nets. Melle F..... ne semble pas se rappeler ses impulsions et ses propos incohérents.

Quand on l'interroge sur les mouvements rythmés de sa main gauche, actuellement disparus elle dit : "c'était nerveux et rentrait dans ma maladie".

L'examen mental montre une intelligence normale et des facultés conservées.

On lui demande alors quels sont ses projets. " M'en aller au plus vite - Retourner dans ma famille - Je m'occuperai de la maison, du ménage et des œuvres. "

L'amélioration mentale s'est traduite par un changement dans l'expression du visage, auparavant dure et crispée. Le regard est maintenant détendu - mobile - vivant - parfois souriant - et n'a rien conservé de son abord hostile.

Depuis FEVRIER 1955, l'activité et le comportement de Melle F..... ont été normaux. Ses lettres sont parfaitement écrites et dans un excellent style. Melle F..... commence à souhaiter ardemment sa sortie. Une petite note anxieuse apparaît quand elle reste sans nouvelles. Après 13 ans d'internement elle craint qu'on ne veuille accepter son retour dans la vie. Sa mère bien qu'agée, décide de la reprendre et Melle F..... réintègre sa famille le 12 Juillet 1955.

EN RESUME : Cette femme internée depuis 13 années, avec quelques remissions, est sortie complètement améliorée après un an de traitement ininterrompu par le 4.560 R.P.

Quelque soit le diagnostic retenu à l'égard de son agitation psychique permanente, le résultat obtenu après une aussi longue évolution garde sa valeur.

Il est à noter que pendant 2 mois les progrès ont été minimes et d'ordre symptomatique. Il y eut immédiatement une cessation de l'agitation spontanée mais persistance des réactions d'opposition. Très progressivement on constata une meilleure adaptation du réel avec reprise de l'intérêt de l'activité et un meilleur contact avec le milieu.

Il fallut 2 mois 1/2 de traitement pour que Melle F.... parvienne à écrire sa première lettre. Son comportement et sa conversation ne furent tout-à-fait normaux qu'après 6 mois de cure par le 4.560 R.P. Longtemps persista chez elle une stéréotypie gestuelle et un syndrome psychique spécial décrit par M. DELAY. La sortie ne survint qu'après un an de traitement, étant donné la réticence familiale, mais l'amélioration semblait complète au bout de 7 mois.

Depuis 10 mois actuellement Melle M.... mène une vie normale dans la petite ville où elle a repris ses anciennes activités. Elle dirige à nouveau une chorale. Elle est chargée de l'harmonium à l'église et enseigne le catéchisme aux enfants. (Comme elle l'a écrit il y a quelques jours)

Sa réintégration sociale s'est opérée sans heurts et les lettres qu'elle envoie depuis témoignent de la persistance de son excellent état mental (3 Mai 1956); Ceci semble lié au fait qu'elle continue de suivre sans interruption sa cure d'entretien par le 4.560 R.P.

Melle R.C..... née le 16 octobre 1908, entre en Novembre 1948 à l'hôpital de DURY., pour refus de s'alimenter et spragnatisme. Le certificat d'internement du médecin traitant note :

"Se laisse mourir de faim. Quand nous la voyons elle est assise sur un banc, le corps en deux. Elle ne bouge pas et semble ignorer notre présence. Ne répond pas à nos questions. Regarde dans le vague et laisse retomber la tête."

Dès son arrivée, cependant Melle R.C. est signalée pour son agitation continuelle et le désordre de ses actes. Souvent elle brise les carreaux; jette à terre la vaisselle. Journellement elle déchire sa chemise, et plusieurs fois même sa jupe. Melle R.C. doit être camisolée, ou ceinturée très fréquemment pour ses impulsions. Il lui arrive en effet de giffler ses voisines sans raison. Dans la journée elle passe son temps à marcher rapidement dans la cour en criant. Des hallucinations auditives et visuelles semblent à l'origine des menaces qu'elle profère en faisant régulièrement le tour d'un même arbre. Des préoccupations érotiques se mêlent à son délire incohérent.

De façon épisodique Mme R.C.... est gâteuse et elle prend même plaisir à uriner n'importe où en s'exhibant. Ses réponses à l'interrogatoire sont discordantes et renferment des néologismes. Elle présente une intoxication par le mot et une persévération de la parole. Pendant des heures entières, le regard sans expression, elle répète une phrase ou un nom propre, électivement celui d'un chirurgien, dont elle scande les syllabes en riant bizarrement. Elle prend souvent les infirmières pour des hommes et ces fausses reconnaissances sont encore le point de départ d'injures.

Cette malade ne cherche jamais à s'occuper au quartier.

Elle est opposante - refuse de faire sa toilette - de se peigner - parfois, de s'alimenter -

Son attitude envers le milieu familial est hostile mais également ambivalent. Mme R.C..... se précipite vers sa mère, l'enlace, pleure, puis brusquement se sauve. Une fois, elle lui ote des mains un colis pour le jeter par dessus le mur de la cour, puis elle revient vers elle en riant.

Cette agitation persiste pendant quatre ans. Jusqu'au moment où commence le traitement le 16 Juillet 1954. Immédiatement, en trois jours, l'agitation cesse, les hallucinations diminuent d'intensité. Mme R.C..... écoute lorsqu'on lui parle, après 15 jours de traitement. Elle répond normalement aux questions 1 mois après le début du traitement.

Le 17 septembre 1954 nous avons noté quelques paroles échangées avec elle. Mme R.C.... se rappelle qu'elle

est internée depuis un peu plus de quatre ans, parce qu'elle présentait de l'anémie cérébrale dont elle est actuellement guérie." Elle déclare "qu'elle ne se rendait pas compte" et que "cela lui semble impossible". Elle ne se rappelle pas les évènements survenus pendant ces quatre années d'internement. Ses souvenirs remontent au début du traitement. Par contre, elle évoque sans difficultés son enfance et son adolescence.

Son père est employé de chemin de fer, et sa mère s'occupe de son intérieur. Elle est bonne élève à l'école et réussit à 11 ans 1/2 son C.E.P.

Après un échec au brevet élémentaire, elle suit des cours de sténo-dactylo et travaille dans un bureau comme secrétaire. Elle est fiancée à un jeune homme qui lui a été présenté par relations. A un mois du mariage, elle rompt. "Je ne regrette pas dit-elle, je n'étais pas emballé".

A 26 ans, elle est traitée pour tuberculose pulmonaire. Elle s'atue vers 30 ans ses premiers troubles mentaux. Elle est suivie chez elle. En 1946, on la traite au nouvel hôpital d'AMIENS. La cure de SAKEL améliore son état pour quelques mois. Elle continue d'être traitée chez elle par le Docteur DUPONT, mais vient ensuite à DURY et ses souvenirs s'arrêtent à cette époque, c'est-à-dire en 1949.

"J'avais besoin de soins, de repos. Je ne sais pas ce que je pensais. Je disais des noms de personnes. Je répétais, je me promerais."

Elle est réticente pour avouer ses voix. comme on insiste elle dit : Oui, j'ai des voix..... "Je les entendais et elles me parlaient, au moins une, celle du Bon Dieu et de l'enfant Jésus".

Pourquoi répétiez-vous sans cesse le nom d'un chirurgien ?

"ça me passait par la tête, car je ne le connaissais bien".

Que pensez-vous de votre maladie ?

"Que je suis contente de vivre et d'être bien maintenant.

Au mois d'octobre, elle écrit à sa mère une courte lettre.

Chère maman,

Comme tu toute la maisonnée ? Embrasse la pour moi. Je t'embrasse bien affectueusement.

Renée.

- Dès cette période, Mme C. veut s'occuper et demande à tricoter. Elle reçoit la visite de sa mère et de sa sœur. Son comportement avec elles est normal. Elle leur demande à repartir.

Dès lors, soit 3 mois après le traitement, ses propos sont très cohérents - son activité continue - le regard n'est cependant pas encore direct - l'expression

est légèrement monotone et l'idéation lente -
La sortie est accordée, un peu à regret, le 13 octobre 1954.
Un traitement d'entretien est prescrit, et Monsieur le Doc-
teur DUPONT suit au début la malade rentrée chez elle.

Une année plus tard, en septembre 1955, elle réin-
tègre l'Hôpital. Car se trouvant parfaitement bien Melle R.C
a cessé sa cure d'entretien depuis plusieurs mois - A son ar-
rivée, elle parle peu spontanément et paraît stuporeuse.

Les jours suivants, elle présente comme auparavant
une intorication par le mot. Elle répète sans cesse les noms
des infirmières en scandant les syllabes auxquelles elle aj-
oute en fin de mot la voyelle e

L'expression du regard est lointaine. Les réponses
obtenues sont lentes à venir et parfois "à côté". Mme R.C.
.... se s'occupe pas, mais son comportement reste calme.

Un mois plus tard, tous les troubles ont disparu.
Mme R.C. prend conscience de sa rechute. Lorsqu'on lui deman-
de pourquoi elle est revenue elle dit :

"Je n'avais plus ma tête à moi.....Maman ne trou-
vait moins bien.... quand ça ne va pas je suis pareille mais
répète toujours les mêmes mots. J'ai eu aussi des voix mais
c'est fini et je souhaite retourner à la maison pour aider
maman."

Elle explique alors que chez elle : elle se rendait
utile. "Je faisais les courses, les gens étaient aimables...
... Je jardinais

J'étais heureuse nous dit-elle.
cependant elle laisse entendre qu'elle avait peu d'argent a
elle. "Maman me donnait des pourboires quand je faisais les
commissions. J'avais gagné 1000 francs. Elle avoue égale-
ment "qu'elle voudrait reprendre un travail de secrétariat
et gagner sa vie normalement, mais c'est impossible....."

Lors de la sortie, le milieu familial semblait
peu accueillant. La mère âgée dénuée de ressources ne ca-
chait pas son souci d'avoir sa fille à charge.

Quant à la soeur, jeune femme élégante, elle étalait
avec plaisir ses toilettes et ses succès dans la vie, re-
grettant d'avoir été (très peu remerciée pour un vieillim-
perméable et une vieille jupe offerts à sa soeur".

"Nous faisons le maximum pour R. mais elle est exi-
geante et ombrageuse....."

On tenta d'expliquer sans être suivi, qu'après 5
années d'internement et d'inconscience il est difficile de
se réadapter sans heurts, qu'il est pénible d'accepter le
bonheur des autres et de se sentir dépendants d'eux".

En dépit de ce climat psychologique Melle R.C.....
actuellement rétablie attend avec impatience de retourner
vivre chez sa mère. Par mesure de prudence, nous tenons à
continuer une nouvelle série injectable. Une radioscopie ré-
cente pratiquée (sur la constatation d'une courbe de tempéra-

ture irrégulière) a montré chez cette femme présentant des antécédents pulmonaires un infiltrat du sommet droit.

EN RESUME : En 3 mois de traitement, le 4.560 R.P. a permis d'obtenir l'amélioration complète et la sortie d'une psychose évoluant depuis 5 années et caractérisée par des impulsions, du désordre, des actes, un délire incohérent, avec persévération de la parole, auxquels s'ajoutaient des hallucinations auditives et verbales. La rechute suivit l'arrêt du traitement et l'amélioration revint rapidement après la cure injectable.

Actuellement, le problème social subsiste, compliqué par la réapparition de lésions pulmonaires, la cure d'entretien devra être poursuivie sans interruption, associée aux antibiotiques.



Mme D..... née le 23 Février 1920 entre à DURY, le 17 juin 1950, pour la première fois. Le certificat d'internement note :

"Présente des crises d'agitation - a jeté le poste de T.S.F. par la fenêtre - pleure et se couche - hallucinations auditives - Violente, elle s'arme d'un couteau et menace d'entrer chez elle - Elle brûle le portefeuille et les billets de son mari -"

Le certificat de 24 Heures note :

"Interprétations délirantes mal systématisées" Un série de chocs calme momentanément l'agitation. Mme D.... .. sort 1 mois plus tard, mais doit réintégrer l'asile 8 jours après pour "un délire de persécution mal systématisé basé sur des interprétations délirantes et des hallucinations auditives".

Une cure de SAKEL permet après 4 mois de traitement, une sortie qui persiste un mois..

Le 5 Février 1951 Mme D.....revient pour tentative de meurtre. Elle a porté un coup de couteau à son mari et commis diverses violences.

Après 2 mois d'internement, et de traitement par les sels d'or le mari tente de la prendre en congé d'essai en Août 1952. Huit jours plus tard, Mme D..... revient à l'hôpital pour agitation psychomotrice intense.

Elle présente dans la même journée des moments d'agitation nécessitant la contention suivis de moment de dépression.

Elle brise la vaisselle, jette la nourriture, puis se met à pleurer et à gémir.

Elle est alors constamment camisolée et signalée pour son opposition. Elle refuse les soins et les aliments, frappe les malades. Elle tente un jour de pousser une infirmière du haut de l'escalier.

On note aussi un désordre des actes. Mme D..... se dévêtit fréquemment, ôte ses chaussures et se promène en tenant des propos obscènes imprégnés de jalousie.

En Juin 1954, lorsque le traitement est institué,, elle se présente comme une malade dangereuse, impulsive, sans raison elle distribue coups de pieds, et coups de poing n'hésitant à mordre, et à arracher les cheveux. Elle doit être maintenue.

Un mois après le début du traitement Mme D..... devient calme. Elle s'alimente plus volontiers, ne se dévêtit plus, reste chaussée.

En septembre, pour la première fois, elle éprouve un besoin d'activité et écrit à sa mère pour obtenir de la laine à tricoter.

Le 19 septembre elle assiste à la messe et continue d'être calme et souriante. Les paroles sont cohérentes.

Au mois d'octobre, elle parle spontanément et répond très bien à l'interrogatoire. Elle se rend régulièrement à l'atelier de lingerie.

Cependant lorsqu'on lui parle de sa guérison elle se dérobe et dit : "Je me sens encore nerveuse intérieurement".

5 mois après le début du traitement elle reconnaît avoir présenté des troubles mentaux et déclare qu'elle se trouve très bien et prête à sortir.

"J'ai eu les nerfs malades dit-elle, mais je vais beaucoup mieux, depuis que j'ai des piqûres et surtout depuis 1 mois."

Quand on lui demande ce qu'elle a fait avant l'institution du traitement elle assure ne pas se rappeler et semble réellement avoir oublié ses idées et ses impulsions.

Le 5 janvier 1955, elle parle de sa vie. "Née de père inconnu" elle est élevée par sa mère en Pologne, jusqu'à 11 ans. Elle souffre de sa position d'enfant naturelle. Elle va à l'école, y travaille bien. Elle est réglée à 14 ans, et dès la puberté on la trouve nerveuse. Elle refuse souvent de s'alimenter, aime la solitude, et se lie peu. L'adolescence est ensuite plus normale.

Elle se marie en 1937 (à 17 ans) avec un militaire de carrière qui ne tarde pas à la tromper. Il est cependant bon pour elle et ne la rend pas malheureuse.

Interrogée sur ses projets actuels elle dit qu'elle veut sortir et être placée dans une maison comme bonne.

"Mon mari m'a oubliée et il n'écrit plus".

Effectivement c'est sa mère qui la sort le 30 Août 1955 soit 14 mois après le début du traitement.

Mme D..... A pris conscience d'avoir présenté des troubles mentaux dont elle a oublié semble-t-il les manifestations. Son état mental paraît très satisfaisant. La cure d'entretien est prescrite.

Cependant 7 mois plus tard, Mme D..... réintègre l'hôpital en Mars 1956. Elle est calme apparemment, mais "se sent très nerveuse au dedans et extrêmement lasse". Elle veut rester alitée pour se reposer.

Elle énonce des idées hostiles contre sa mère "jalouse de sa beauté" et dont elle nie l'ascendance. "Ce n'est pas sa vraie mère - je vois cela d'après ses gestes et ses paroles. D'ailleurs on me dit de faire attention".

Elle reconnaît les infirmières et les médecins, mais trouve les visages transformés". Tout ceci est dit sur un ton monotone avec une expression triste et lointaine. L'idéation est lente.

Un mois après, la série de 4.560 R.P. injectable, Mme D.... a retrouvé une expression vivante. Ses idées délirantes ont disparu et elle les récuse. Quand on l'interroge pour savoir si sa mère est adoptive, elle s'étonne et se demande, lorsqu'on lui rapporte "ses propres propos" ce qu'elle pouvait avoir dans la tête" car "c'est bien elle ma mère j'en suis sûre".

Elle parle de son comportement après sa sortie. Revenue chez sa mère, elle organise de grands nettoyages et peut ensuite travailler chez des particuliers. Comme son état reste très satisfaisant, elle pense que la cure d'entretien par le 4.560 R.P. est inutile et cesse le traitement quatre mois après.

L'amélioration persiste pendant deux, mais peu à peu apparaît une grande lassitude, qui l'oblige à interrompre son travail de femme de ménage et la conduit enfin à rester alitée, insomniaque et nerveuse.

"Je ne pensais à rien de précis" j'étais à bout de forces. Elle semble avoir oublié partiellement la conversation échangée lors de sa réintégration.

Questionnée sur ses projets, elle dit :

Mon mari a refait sa vie, il a deux enfants. Je ne veux pas venir mettre de bâtons dans les roues". Je souffrais de guérir complètement, divorcer, et peut-être, qui sait? refaire ma vie avec un veuf, en voyant le plus souvent mon fils qui continue ses études".

Mme D.... doit prochainement partir en permission 2 séries d'injections sont prescrites avant de la remettre à une cure d'entretien qu'elle s'apprête à ne jamais abandonner cette fois.

EN RESUME : Le 4.560 R.P. a permis d'obtenir une amélioration suivie de sortie, dans une psychose atypique, avec idées de persécution mal systématisées - désordre des actes - impulsions - violences - agitation -. Les troubles avaient apparus vers la puberté, mais s'étaient confirmés nettement à l'âge de 30 ans et semblaient évoluer vers la chronicité.

Le 4.560 R.P. rétablit complètement Mme D.... qui reste sortie 7 mois - mais réintègre à la suite de l'arrêt brutal du traitement. La reprise de celui-ci sous forme d'injections, l'améliore rapidement et fait disparaître à nouveau les troubles.

- OBSERVATION N° 5 -

Mlle D..... née en 1924 présente à 20 ans, ses premiers troubles mentaux, lors de la préparation de son baccalauréat de Philosophie. Elle ne peut passer avec succès l'examen, car elle sombre dans le mutisme et refuse de s'alimenter. Elle est traitée en clinique en 1945, par séries de chocs puis en 1947 par une cure de SAKEL, qui apportent une légère rémission.

En 1950, se produit un nouvel épisode entraînant l'internement. Elle dit "Mon frère a une belle situation lui mais moi je ne dois pas manger, ni faire dépenser d'argent à mes parents, car je ne gagne rien....." Monsieur le Docteur DUPONT institue un traitement insulini- que qui l'améliore mais en 1951, la malade réintègre.

Des sels d'or et les chocs apportent une nouvelle sédation éphémère, car en 1953 survient le 3ème internement. C'est à ce moment là que Mlle D... est examinée en vue de la cure neuro-psychique.

C'est une jeune fille mince, longiligne, aux traits assez durs. Elle demeure le plus souvent assise, immobile, figée sans parler. Si on s'adresse à elle, il lui arrive de partir se cacher dans un coin et de s'étendre à terre.

Elle refuse de s'alimenter car elle s'en croit indigne.

"Je n'ai pas le droit dit-elle....." les autres paroles sont rares, incohérentes, saccadées, explosives.

Parfois, Mlle D.... tricote, mais comme une automate. Son travail n'est pas suivi. Dans les antécédents familiaux on ne relève rien d'anormal. Le père est mécanicien. Le frère a poursuivi des études également (il est inspecteur des contributions). A l'âge de 11 ans, elle présente une diphtérie, suivie d'un épisode d'asthénie physique importante.

Le traitement par le 4.560 R.P. débute le 17 janvier 1954. 15 jours après, déjà, l'amélioration est sensible. Mlle D.... répond, mange sans se faire prier, s'intéresse assidûment à son tricot. Elle reste cependant bradypsychique, figée, repliée, sur elle-même.

La parole est toujours explosive. Les réponses sont lentes à venir (mais ceci est caractéristique du traitement par le 4.560 R.P.).

Au bout de quatre mois de traitement, les parents décident de la reprendre chez eux, considérant qu'elle est redevenue tout-à-fait normale. (24 Avril 1954)

En fait, à la maison, elle retrouve son activité, s'occupe de la cuisine, tricote, bêche, repeint une pièce. La famille peut lui faire administrer à domicile 2 séries de

de Largactil injectable et l'état se maintient. On prescrit alors un traitement de comprimés (4 comprimés par jour). Dès le mois d'Août 1954, Mlle D... présente alors des troubles de caractère. Elle se montre difficile envers ses parents et d'une obstination inhabituelle. Elle présente également une activité désordonnée. Cette rechute correspond aux fiançailles, puis au mariage de son frère, auquel elle a toujours montré une grande affection. Dès son départ, elle pleure pendant 8 jours, et refuse de s'alimenter.

Au mois de septembre 1955, elle revient à nouveau à DURY. Sur un fond de mutisme, d'apragmatisme, de négativisme, surviennent des périodes d'agitation avec de violentes impulsions; Lors des visites médicales, elle se lève d'un bloc, tourne la tête, serre les lèvres, et ne répond à aucune question. Il est difficile de la faire manger. Cependant, avec la reprise du traitement par le 4.560 R.P. en injections, rapidement son attitude se transforme. Elle parle aux infirmières qu'elle connaît de longue date, tricote, reçoit sa famille. Elle sera plus longtemps distante avec le médecin.

Enfin, l'amélioration est complète et la sortie est accordée le 27 Octobre 1955.

En RESUME : Chez cette jeune fille présentant tous les symptômes d'une évolution schizophrénique 4 mois de traitement par le 4.560 R.P. ont permis une réintégration familiale. Les causes de la rechute semblaient difficilement explicables puisque cette jeune fille suivie, après la sortie continuait une cure d'entretien.

En fait la découverte des 400 comprimés de Iargactil dissimulés par elle fournit l'explication de cette récidive.

Cependant, le fait même que Melle D..... n'ait pas pris conscience de son état mental et qu'elle ait refusé la cure d'entretien laisse un doute sur l'existence réelle d'une guérison complète lors de la première sortie. Malgré l'amélioration obtenue, quatre mois de traitement nous avaient semblé insuffisants pour maintenir les résultats. De toutes façons, l'exposé de ce cas met en lumière l'intérêt de ne pas interrompre le traitement à la sortie. La cure d'entretien permet seule la continuité de l'amélioration.

Melle J..... est née le 27 Octobre 1909. Dès l'enfance s'ébauche chez elle les indices d'un caractère schizoïde. A la maison, elle parle et joue seule. En classe, elle n'a pas de camarades. Très studieuse elle obtient avec facilité son C.E.P. mais on s'étonne déjà de sa tristesse, de sa réserve et de sa timidité.

Au cours de l'adolescence, ces mêmes tendances vont s'accroître. Jeune fille elle n'aime pas sortir et reste à la maison pour broder ou lire. Sa mère est frappée de son aspect taciturne qui contraste avec la franche gaieté d'une sœur aînée.

A 20 ans, Melle J..... est vendeuse dans une mercerie. Le patron beaucoup plus âgé, la poursuit de ses assiduités. La mère tenue au courant lui conseille de quitter l'emploi. Elle refuse. Ses parents exigent alors son départ et l'envoient se reposer au loin dans sa famille. Elle doit revenir très rapidement car elle commence à signaler des céphalées diffuses qui la rendent anxieuse. Simultanément la mère constate un changement dans l'expression du regard. Un jour Melle J..... déclare que "ça bat dans son ventre et qu'elle croirait ne plus avoir de circulation" Elle est angoissée la nuit et ne peut supporter la lumière.

Puis survient une période d'excitation accompagnée de logorrhée de chants et d'incohérence des actes.

Melle J..... veut sortir dévêtue. Elle crache incessamment, et se traîne à terre en remplissant des cahiers de points au crayon. Des impulsions surgissent. Elle refuse des médicaments, brise la vaisselle. Son agressivité paraît électorale envers sa mère qu'elle tente de frapper. Progressivement cette agitation psycho-motrice se calme. Melle J..... se renferme, refuse de s'alimenter. Elle devient gâteuse. Le 4 Octobre 1934 on doit l'interner à DURY.

Le certificat d'entrée note : "Impulsions diverses La malade tente de sortir nue dans la rue. Mutisme - attitude stuporeuse. Possibilité d'hébéphrénie-catatonie".

A partir de cette date Melle J..... va subir plusieurs internements successifs. Sa famille désirant la reprendre, elle ressortira plusieurs fois un peu améliorée par divers traitements, (insuline, sels d'or, choc), cependant jamais son état ne permettra qu'elle reste longtemps dehors. A chaque retour on note son indifférence affective, son désintérêt, son mutisme, son spragmatisme. Transférée en 1948 à l'hôpital psychiatrique de DURY, le Docteur HVERT note "syndrome schizophrénique, état subfébrile, granulogramme pathologique".

Une cure de SAKEL institué à la réintégration produit une nouvelle sédation. En 1952 en dépit du traitement insulinaire l'état persiste inchangé. Melle J..... est constamment alitée, couchée sous ses couvertures sans parler, yeux clos. Il faut l'alimenter, la lever, faire sa toilette.

mutisme persiste.

Le 5 Mars 1954 débute le traitement. Pendant un mois on ne remarque aucune modifications puis dans les premiers jours d'Avril, Melle J..... ouvre les yeux. Plus tard elle mange seule, fait sa toilette, et répond brièvement à quelques questions. L'expression du regard est encore assez figée, comme l'attitude. L'idéation est lente.

Jusqu'à la fin Juillet 1954 soit 4 mois après le traitement, Melle J..... s'alimente fréquemment, répondant à peine lorsqu'on s'adresse à elle. Son activité est nulle. Sous prétexte de fatigue Melle J..... refuse de se lever pour faire son lit.

Cependant elle reste maintenant les yeux ouverts et s'alimente seule. Elle prononce quelques mots lors des visites de sa mère mais son indifférence affective semble persister.

Au 5ème mois du traitement pour la première fois elle parle spontanément lors d'une visite et demande à sa mère des nouvelles de la famille.

Si l'intérêt affectif réapparaît l'asthénie physique persiste encore un mois.

Au 6ème mois de traitement Melle J..... souhaite enfin s'occuper et demande à travailler à la lingerie. Elle se préoccupe dès lors de son habillage, de sa coiffure, (fait un chignon au lieu de porter ses cheveux en nattes). Spontanément, elle s'adresse parfois à ses voisines. Elle s'astreint à être prête matin et soir aux horaires voulus pour se rendre à son travail. L'amélioration est importante mais le fonds reste visqueux. Si Melle J..... "est présente", elle demeure bradypsychique. Elle accueille sans joie la demande de permission faite par sa mère en Septembre. Péntrée dans sa famille elle s'alimente fréquemment, se plaint de douleurs diffuses et doit rapidement réintégrer l'hôpital psychiatrique.

Afin de dissiper ses préoccupations céphalalgiques on décide d'instituer une série de dix absences qui n'apportent pas d'amélioration.

Le 5 Avril 1955 on associe au 4.560 R.P. de l'insulinothérapie sans rechercher particulièrement le coma car la malade est de longue date hypertendue (T.A. dont la maxima varie entre 19 et 21).

Depuis cette période persiste l'association d'Insuline et de 4.560 R.P. (soit par voie I.M. soit en perfusion intra-veineuse dans du sérum glucosé avec de la procaine à 1% en vue de stabiliser la tension artérielle.)

Jusqu'à fin 1955 la progression est lente, presque imperceptible. L'expression du visage est toutefois plus mobile, plus souriante et la démarche moins rigide. Le contact avec le milieu reprend. Melle J..... converse parfois à l'atelier de couture ou au réfectoire. Elle écrit régulièrement à sa mère.

Le besoin de s'aliter et l'asthénie physique s'accroissent.

Toutefois interrogée sur ses projets Melle J.... ne répond pas ou bien elle dit "Je veux rester ici. Je m'y plais" Il faut attendre Janvier 1956 (soit le 9^e mois d'association Largactil-Insuline) pour qu'elle manifeste enfin le désir de retourner chez elle. Elle prend alors conscience d'avoir longtemps présenté de "l'anémie cérébrale" et se déclare assez forte pour rester sortie. Un congé d'essai est accordé le 28 Mars 1956 (avec cure d'entretien par le 4.560 R.P.). Sur la demande récente de la mère (Mai 1956) l'état mental étant actuellement parfait le congé d'essai a été transformé en sortie.

Il est à signaler que nous retrouvons dans les antécédents héréditaires de Melle J.....

- un père déprimé qui se pend
- un grand-père alcoolique et déséquilibré

EN RESUME :

Sur une constitution schizoïde s'est développée dès l'adolescence une psychose caractérisée à la fois par de des impulsions de négativisme, de l'inertie, de l'inaffectivité. Les troubles persistèrent sensibles à la crysothérapie et à l'insulinothérapie puis semblaient voués à la chronicité.

L'institution du 4.560 R.P. améliora par étapes très progressives l'état mental. 6 mois de cure isolée ont été nécessaires pour que Melle J..... retrouve une activité et un comportement asilaire normaux.

Seule l'association au 4.560 R.P. d'Insuline qui avait échoué en 1952, a permis une restitution apparente de la personnalité avec prise de conscience des troubles présentés et manifestation d'un désir de réintégration sociale. Cette observation montre d'une part l'intérêt de poursuivre très longtemps la cure neuroleptique et d'autre part d'associer l'Insuline pour parfaire les résultats obtenus.



- OBSERVATION N° 7 -

Mademoiselle W....., sans profession, née le 15 juin 1923, entre le 16 Novembre 1952, âgée de 31 ans, au service de l'Admission de DURY.

Le certificat d'internement note :

"troubles mentaux caractérisés par l'agoraphobie, mouvements impulsifs, délire permanent".

En 1939, se situe le début des troubles à type d'excitation psychique atypique avec agressivité contre le milieu familial.

Mademoiselle W..... est traitée 6 semaines par chocs. Elle est améliorée jusqu'en 1944. Au cours de cette année elle est traitée dans une clinique, à SORESNES. Les chocs restent cette fois sans effet. Elle retourne chez elle mais le comportement s'aggrave progressivement et en 1952 nécessite un séjour à EPINAY où les comas insuliniques pratiqués pendant 5 mois n'apportent aucune sédation.

Mademoiselle W..... est alors internée à l'asile de DURY le 16 Novembre 1952.

Dès lors on note une agitation importante qui se manifeste par des impulsions soudaines inexplicables. Sans raison la malade crie, prononce des paroles incohérentes avec menaces, claque les portes et s'enferme dans sa chambre. Seule, elle retrouve son calme, mais se livre souvent à la masturbation. Au cours de ces colères violentes plusieurs fois, des carreaux sont brisés et des coups portés aux infirmières. Cette hostilité s'exerce également vis-à-vis de sa famille. Mademoiselle W..... refuse de recevoir la visite de ses parents qu'elle renvoie avec ironie et injures.

L'agitation se poursuit souvent la nuit et Mlle W..... crie et chante (les airs sont empruntés aux opéras connus et les paroles insensées).

Tout essai de conversation se révèle impossible et déclenche une succession de sarcasmes et de grossièretés dont le répertoire varie des classiques "gueule de vache" "putain" jusqu'aux plus personnelles "figure de mon cul" "figure de mes fesses".

On constate dans la journée un délire incohérent sans rapport avec les faits extérieurs. Dans son délire, la malade introduit des néologismes et son vocabulaire semble précieux, abstrait.

"Je suis irréaliste sur mon honneur" dit-elle souvent ou bien "c'est de l'irréel".

Tous ces mots sont prononcés avec un accent rappelant alternativement l'Anglais ou le Belge..... et un maniérisme qu'accompagne une mimique affectée et hautaine.

A l'agitation psycho-motrice constante s'ajoute une allure excentrique.

Mademoiselle W..... se promène, vêtue d'un pyjama

dont les jambes sont retroussées à la hauteur des genoux laissant apparaître des membres amaigris ceinturés de corsets de laine.

La veste de pyjama est enfilée devant, derrière.

Parfois Mademoiselle W.... porte une jaquette de laine dont la doublure est volontairement laissée à l'extérieur.

La bizarrerie de l'accoutrement se greffe sur une morphologie spéciale (visage osseux, grinçant, couronné par d'énormes lunettes à écaille, denture mal plantée, xérophthalmose).

Pendant une année cet état persiste en dépit des traitements (sels d'or, insufflations gazeuses, insuline).

Le diagnostic d'excitation maniaque est envisagé au début en tenant compte de l'excitation, de l'excentricité, de l'habillement; de la logorrhée avec ironie des propos. L'installation d'une hébéphrénie est évoquée par la suite, en se basant sur le passage à la chronicité des troubles non améliorés par les traitements habituels, (chocs, cure de Sakel, insufflation gazeuse), mais également sur la discordance du comportement, les impulsions et la dissociation des propos.

L'incohérence d'une copie de lettre ci-dessous jointe semble appuyer cette présomption.

"Comment est-elle la gentille et douce vie de l'allure de petite Sylvie. Naturellement maintenant commençant avec des toutes petites dents sans bobo. Madame, la santé de Monsieur, son appartement est-il moins sombre. Tu sais, tâche sans le dire à penser à ces petits reins. Son Monsieur son oncle Médecin."

C'est alors qu'en Janvier 1954 on commence le LARGACTIL malgré l'opposition violente de la malade. L'examen physique ne révèle aucune anomalie. Les antécédents physiologiques sont normaux. Les règles sont seulement douloureuses et abondantes (6 jours).

Dans les antécédents, on relève une rougeole, une diphtérie, bégaiement; et une appendicectomie.

Dans l'enfance, on trouve l'ébauche d'un caractère schizoïde qui s'accroît progressivement pendant l'adolescence.

Le père paraît nerveux, présente des tics.

La mère dans son aspect physique donne une impression d'étrangeté.

Dès la première série d'injections de LARGACTIL vers le 15ème jour les périodes d'agitation disparaissent; au 25ème jour le traitement par comprimés est accepté et un matin même réclamé spontanément. Peu à peu, le vocabulaire employé se transforme, les paroles prennent un sens et au début février 1954, Mademoiselle W..... se déclare "en meilleure santé".

Elle écrit à sa famille, reçoit ses parents, s'inquiète de leur santé.

"J'ai l'impression de sortir d'un long sommeil."

des infirmières devient normal. Mademoiselle W..... parle poliment et cherche même à converser.

Interrogée sur son état passé elle confie : "J'étais fatiguée et nerveuse". Très progressivement l'habilement perd sa note excentrique.

L'amélioration se maintient Mademoiselle W..... s'occupe, lit et tricote. La sortie est envisagée en Mars 1954.

EN CONCLUSION :

Depuis plus d'un an aucun des traitements classiques ne permettait la plus légère amélioration de cette agitation psycho-motrice avec impulsions et incohérence évoquant une hébéphénie. La malade semblait vouée à la chronicité.

Le LARGACTIL seul a pu modifier totalement le pronostic et permettre à cette jeune fille de retrouver sa place dans le milieu familial où elle s'est maintenue sans rechute depuis deux années.

[illegible]

- OBSERVATION N° 8 -

Madame D.... née le 30 Novembre 1914 entre le 3 Août 1950, âgée de 36 ans, à l'hôpital psychiatrique.

Elle présente ses premiers troubles mentaux à l'âge de 14 ans, au moment de la puberté. Sa famille la trouve alors bizarre. Elle parle moins, se renferme, refuse de s'alimenter, s'alite fréquemment, et reste inactive. On la traite par sels d'or sans grande amélioration. Elle se marie en 1936, à 21 ans, et à l'occasion de son quatrième accouchement, en 1942, à l'âge de 28 ans, survient une période d'excitation nécessitant son internement à CLERMONT. L'insuline apporte une sédation.

En 1945, après le 5ème accouchement, se produit à nouveau une période d'agitation améliorée par les chocs.

En 1948, Mme D..... fait une récidive à l'occasion de son 6ème accouchement. Elle est internée à CLERMONT. Les certificats notent à cette époque :

"Psychose intermittente évoluant sur un fond de déséquilibre mental marqué. Accès de plus en plus fréquents d'excitation psychique avec troubles de l'humeur et du caractère".

"Est atteinte de psychose intermittente avec accès assez fréquents. Actuellement excitation maniaque mais un peu atypique avec prédominance des troubles du caractère. Répond de façon désagréable et hostile ou se renferme dans un mutisme dédaigneux. Opposition systématique (refus de faire sa toilette, de s'habiller, de répondre). Nombreuses grimaces de la bouche. Indifférence. A été déjà internée de Mai à Septembre 1944. Possibilité d'une évolution schizophrénique".

Dans le service, on la note agitée, 20 jours par mois en moyenne Hallucinée, elle frappa alors les malades, arrache les cheveux, crache au visage, ce qui nécessite souvent la contention. Dans la journée, elle fait sans cesse le tour de la cour, riant, pleurant, successivement ou bien se tapit immobile dans un coin, sans parler, ses longs cheveux épars.

Pendant les phases d'excitation qui se sont produites au début toutes les trois semaines, Mme D.... refuse de s'alimenter, ne fait pas sa toilette, reçoit ses visites avec indifférence ou agressivité (giffle son beau-frère).

Les chocs espacent au début la survenue de ces périodes, mais deviennent bientôt inefficaces. Mme D.... est presque constamment agitée. Elle répond à ses hallucinations visuelles et auditives, profère des menaces à l'égard de son mari et des maîtresses qu'elle lui attribue. Parfois plus calme elle demeure assise à terre, la tête sans parler. De toutes façons elle n'est jamais cohérente et toute conversation s'avère impossible.

Début Août 1954, commence le traitement par le 4.560 R.P. Huit jours après le début du traitement, la malade semble plus calme, 20 jours après, spontanément elle lève le ses tresses et les natte. Elle fait sa toilette et deman-

de du café. Or depuis son arrivée, elle n'avait pas parlé de la façon sensée. Interrogée elle répond sur un ton monocorde.

Elle sait qu'elle a 6 enfants, mais en a oublié les noms. Elle ignore pas qu'elle antécédents parce que son mari a voulu se débarrasser d'elle. Elle ne peut donner son nom et dit "Je ne suis pourtant pas simple d'esprit" "On croirait que mon grand-père, il me suit partout....." "J'ai cessé d'être....." "mais je suis pourtant en vie..."

24 Août elle recommence de crier et redevient inerte sans occupation.

25 Août elle fait son lit et se coiffe seule. Le faciès est encore figé. Quand on lui demande pourquoi elle crie elle répond : "Mais je souffre trop au foie, au coeur!!!!!!" Progressivement, toutefois la mémoire revient et les hallucinations cessent.

30 Août Mme D..... dit encore : "je ne saurais pas vous expliquer depuis combien de temps je suis ici." "Quelle est la date d'aujourd'hui...." "J'ai perdu la notion des choses..... Je souffre du foie, du coeur....." "Je sors comme d'une torpeur....." "Quand ça sera tout à fait revenu, je vous dirai mieux....."

jours

Quelques plus tard, quand on lui annonce qu'elle a passé 4 années à l'asile, elle est stupéfaite de réaliser qu'elle a 40 ans.

"Je n'ai pas vécu pendant 4 ans, dit-elle... "Peu à peu elle se rappelle les faits importants de sa vie (les jours et la date de naissance de ses enfants). Les détails réapparaissent enfin.

Un jour elle nous mentionne ses origines.

Fille de cultivateurs elle a passé son enfance à la campagne, puis à ABBEVILLE. Elle n'obtient pas son C.M.P. Sur 5 enfants, (4 frères et 1 soeur), 4 sont bien portants (1 enfant meurt en bas âge de convulsions). Elle est pubère à 15 ans, et commence à présenter des troubles mentaux. "On me trouvait drôle...." dit-elle. Elle se marie à 21 ans, et semble ne pas avoir été heureuse. Son mari ne me comprenait pas et me trompait sans cesse. Elle a 6 enfants et à l'occasion de plusieurs grossesses, on note une recrudescence des troubles.

Un mois après le début du traitement, Mme D..... écrit à sa soeur pour lui annoncer : "qu'elle est en voie de guérison et souhaite la voir". Elle écrit également à son mari et à ses enfants. Dès lors, elle s'exprime très bien, se lie avec d'autres malades. Son regard est vivant, mobile. Elle demande à s'occuper, et tricote. DEUX MOIS après le début du traitement Mme D..... reçoit sa soeur avec joie. Elle demande des nouvelles de sa famille et s'inquiète de ne pas avoir reçu de réponses de son mari, ni de ses filles.

Le mari qui a refait sa vie, refuse de venir et d'écrire. Il empêche ses deux filles de correspondre avec leur mère, en invoquant les dangers de violences passées. Il est décidé à ne pas s'occuper de sa femme, n'ayant pas lui-même

Nous ne mettons pas la malade au courant de la situation, mais nous lui laissons pressentir la vérité. L'état mental après SIX mois de traitement est excellent. Mme D.... a récupéré toutes ses facultés. Elle est employée chez le néo-cin-chef comme femme de ménage. Elle est préoccupée de son habillement et de sa tenue. Elle se présente et s'exprime toujours très correctement.

Son anxiété croit devant le silence de son mari et de ses filles aînées. Nous redoutons que ce mauvais climat psychologique ne provoque une rechute. La sortie pourrait être accordée, mais les raisons sociales la retardent. Personne ne veut s'engager. La mère est âgée, la soeur chargée de famille et le mari demeure hostile.

Pendant ce temps Mme D.... s'inquiète de son avenir, et interroge sa soeur pour être éclairée sur les intentions de son mari. Elle apprend la liaison de celui-ci avec révolte. Elle ne lui pardonne pas d'empêcher ses filles de lui écrire. Son fils, confié à sa mère, correspond avec elle et elle se raccroche à ces lettres affectueuses, journalières.

La mère qui vit seule consent enfin après cinq mois, à la reprendre chez elle. Nous craignons que les mauvaises conditions sociales de sortie ne provoquent une rechute en dépit de notre psychothérapie quotidienne. Mme D..... accepte mal au début, non pas d'avoir été trompée, mais d'être délaissée. Progressivement, nous parvenons à lui faire entendre qu'elle doit tenter seule sa chance de réintégration dans la vie. Elle oublie ses idées de vengeance, et commence une vie calme partagée entre sa mère et son fils. Malgré la proximité de sa rivale, elle a conservé un bon état mental sans rechute.

Nous continuons à recevoir des nouvelles favorables. Mme D..... est venue nous voir ces jours-ci (Mai 1956). Sa santé est tout à fait satisfaisante. La sortie remonte aujourd'hui à un an 1/2.

EN CONCLUSION : Il a fallu 3 mois 1/2 de traitement ininterrompu par le 4.560 R.P. pour obtenir une amélioration complète de l'état mental de cette psychose, primitivement périodique, dont les premiers troubles remontaient à l'adolescence que l'évolution avait rendus démentiels.

Après 4 ans d'internement, dans l'inconscience et le néant, cette femme a pu se réadapter au dehors, en dépit de circonstances familiales très défavorables, ce qui semble pour nous un test d'efficacité du traitement.

—:—:—:—:—:—:—:—:—:—

Madame M..... née le 24 Juin 1922 présente ses premiers troubles à l'âge de 26 ans, en 1948. Elle accuse alors des douleurs gastriques et généralisées atypiques. Le mari évoque simultanément une phase d'érotomanie avec interprétations délirantes.

Madame se croit aimée d'un jeune homme aperçu dans son quartier et revu par hasard. Elle donne un sens particulier à ses propres actes.

Tisonner le feu, c'est entretenir son amour. (Elle le interdit à son mari l'approche du fourneau). Suspandre des serviettes hygiéniques dans le jardin, c'est annoncer qu'elle attend son ami. En plus de ces idées délirantes il y a transformation du caractère qui se révèle plus renfermé et irritable. Au cours de ces trois années les troubles s'intensifient.

L'insomnie est rebelle et en 1951 son mari la conduit au service neuro-psychiatrique de l'hôpital d'ALIENS. Des séances de chocs font disparaître l'érotomanie et rétablissent calme et sommeil. Son mari tente de la reprendre. Pendant 15 jours, elle retrouve une activité normale, puis, brusquement apparaît une agitation incohérente. Elle se précipite dans la rue en "automate" s'arrête, et se laisse tomber à terre "comme mue par une influence étrangère" nous dit-on.

Un mois après la 1ère sortie se situe la deuxième hospitalisation. Dès ce moment Madame M..... présente un gâtisme urinaire et fécal journalier. Elle refuse de s'alimenter et il faut alors la nourrir par tubage. Elle reste inerte sur son lit, cachée sous les couvertures tout au long de la journée.

Le traitement par les sels d'or n'apporte aucun changement. Un an plus tard, en Janvier 1952, l'internement est décidé et Madame M..... entre à l'admission de l'hôpital psychiatrique. C'est alors une malade agitée, inactive, gâtée, dans le semi-mutisme. Le refus de s'alimenter est constant. Il faut la gaver par tubage.

Elle se lève parfois encore pour faire sa toilette et sort de son mutisme lors des visites de son mari, mais s'entretient avec lui par monosyllabes.

Progressivement, inertie, gâtisme, mutisme deviennent complets. Malgré la cure de SAKEL et les soins apportés, l'état de maigreur est extrême. Mme M... est avoinée en vue de la cure neuroplégique.

Après un mois de traitement et l'échec des chocs, de la sulfosine et de la cure de SAKEL Mme M... est alors perdue au milieu des chroniques et des démentes séniles.

L'examen physique montre
- T.A. 14.8.
- Pouls normal

- réflexes tendineux vifs.
- atrophie des membres inférieurs.
- Urée = 0,29
- B.W. (-)
- Glycémie = 1,40
- Radioscopie = calcification biliaire droite

ve :

Dans les antécédents héréditaires on retrouve :

Un père décédé à 56 ans d'un cancer de l'estomac.

Une mère actuellement vivante et en bonne santé.

Une sœur psychopathe présentant des troubles analogues depuis l'âge de 20 ans, (mutisme, alitement, apragmatisme). La mère ne veut pas s'en séparer.

Les quatres autres sœurs et les trois frères sont bien portants.

Dès l'abord on s'étonne du contraste qui existe entre la jeunesse de cette femme et son aspect.

Le visage semble inanimité. Le regard est morne?

L'interrogatoire reste sans réponse. L'indifférence de Madame M..... paraît complète. L'attitude est également caractéristique : la malade est recroquevillée sur elle-même, jambes pliées. Une contracture importante empêche de réduire cette position et une atrophie des muscles apparaît peu à peu. Toute tentative de marche normale se révèle impossible, la malade ne pouvant progresser qu'à "quatre pattes". On note la persistance de tous les gestes imprimés. Sur ce fond de catatonie surgissent des impulsions qui rendent souvent nécessaires la contention.

Le 26 Août 1954 est institué le traitement par le 4.560 R.P. selon les modalités habituelles.

Huit jours plus tard la malade s'habille et mange seule. Un mois après elle n'est plus gâteuse et demande à tricoter mais son activité semble surtout automatique. Vers la même période, elle s'étend d'elle-même sur son lit pour subir l'injection du 4.560 R.P. et elle accepte de donner la main au docteur sans parler. Lorsqu'on l'interroge elle ne répond pas encore et continue de se balancer d'avant en arrière sur son banc ou bien elle veste la tête penchée obstinément.

La visite de son mari la laisse sans réaction.

Au mois d'Octobre, les progrès ne se confirment pas, on associe une série de chocs au 4.560 R.P.

Une amélioration apparaît et va persister trois mois.

Madame M..... reçoit son mari fin octobre. Elle lui sourit et demande des nouvelles de ses enfants. Elle ne se souvient pas de la visite précédente de son mari.

En Janvier, elle accepte avec joie la visite de sa soeur qu'elle reconnaît et lui parle de façon cohérente. C'est alors que brusquement, se produit une rechute. Madame M. ... ne se déshabille plus pour aller se coucher. Elle se masturbe et semble présenter des hallucinations. Elle réclame des aliments pour sa fille qui l'appelle et va nourrir.

Le gâtisme urinaire et fécal est à nouveau signalé

Devant cette récurrence, on décide alors le 5 mars 1954 d'instituer la cure de SAKEL en association avec la 4.560 R.P. On augmente progressivement les doses d'insuline pour atteindre 70 unités et obtenir les comas. (il y en eut 4). On continue la 4.560 R.P. à raison de 2 injections journalières à 25 mg et d'un suppositoire à 25 mg par jour. L'association de l'Insuline donne rapidement un résultat. Le gâtisme cède. L'expression du regard semble vivante et spontanément après un mois de traitement (cure de SAKEL avec 4.560.R.P.) Madame M..... parle : "Je m'ennuie de ma famille Je voudrais retourner chez moi, dit-elle).

Fin Mars, son mari vient en visite. Madame M..... le reçoit avec plaisir. Elle ne conserve aucun souvenir de ses visites précédentes et le questionne.

"Pourquoi suis-je ici ?

"Qui m'a amenée ?

"Où suis-je ?

"Je ne me rappelle plus rien

"Où sont les petits ?

"J'ai fait de mauvais rêves. J'ai vu mes parents avec des rats puis dans l'eau."

Interrogée sur la date de naissance de ses enfants elle ne répond pas, semblant désorientée dans le temps. Elle ne réalise pas le nombre d'années écoulées depuis son internement. Elle demande à avoir une occupation et le 19 mars se rend à la lingerie.

Dès cette période, elle parle aux autres malades et demande même un matin "du fil pour coudre l'ourlet de sa jupe".

Nous avons noté la conversation échangée avec elle quelques jours après. Madame M..... ne se rappelle pas la date de son arrivée à l'hôpital. Lorsqu'on lui dit "cela fait trois ans" elle s'étonne et demande : "Ce n'est pas trois ans plutôt !!!"

Il lui est impossible d'évoquer ce qui s'est passé pendant sa maladie.

"J'entendais du bruit dans mes oreilles, comme quelqu'un qui parlait. Je sentais mes mains trembler."

Interrogée sur les motifs qui ont nécessité son internement elle dit : "Ici, on soigne pour la faiblesse de la tête. Mon mari m'a dit qu'il m'avait conduit pour la tête. C'est mon mari qui m'a dit qu'ici j'étais à l'hôpital. Avant je ne le savais pas....."

Le 21 Mars, elle va au cinéma mais ne comprend pas le film. Elle rentre fatiguée.

22 Mars, emprunte une bicyclette ; et fait le tour de la cour sans tomber. A la lingerie où nous sommes allés la voir travailler, elle nous dit qu'elle est heureuse de se distraire, mais se fatigue vite "les yeux me font mal". Elle observe que les machines à coudre marchent à l'électricité, rappelle sa propre marque de machine. Parfois au cours de la conversation elle paraît absente et revient à la question en demandant que l'on répète.

"La mémoire s'en va dit-elle.... "Quand je parle et je pense.... je me sens très fatiguée. Ce doit être ma maladie". Elle se plaint de cauchemars et de mauvais sommeil.

14 Avril, elle persiste à assurer que les conversations prolongées la fatiguent. Elle parle avec émotion de la visite de son mari, commence à avoir des préoccupations de coquetterie. Elle souhaite se maquiller, être bien coiffée, et maigrir, car elle trouve que son embonpoint l'enlaidit. Sa démarche est encore pénible. Il n'y a pas appui sur le talon droit et on note un œdème du dos du pied bilatéral. L'amyotrophie va regresser progressivement.

Malgré les progrès, un balancement stéréotype, persiste lorsqu'elle parle.

Une semaine plus tard, (soit un mois et demi après le début de l'insuline) Mme M.... écrit pour la première fois à son mari pour lui demander vêtements et chaussures.

La semaine suivante elle arrive à marcher plus normalement en prenant appui sur le talon.

Lorsque son mari vient en visite le 2 mai, elle s'est vêtue et coiffée avec soin. Elle s'intéresse aux habits de son mari et lui demande de l'emmener.

Elle continue de travailler avec un bon rendement à la lingerie. Elle est propre, soignée de plaire à son mari et se met en frais pour lui. Le visage a un aspect plus expressif et plus mobile. Une surdité apparue bien avant le début des troubles mentaux rend les conversations pénibles. L'activité de la malade est bonne. Son comportement adapté est normal. La sortie est envisagée le 2 juillet 1957, soit un an après le début du traitement. Madame M.... prend tout-à-fait conscience de son état pathologique précédent et envisage

l'avenir.

Je veux retourner chez moi avec mon mari. M'occuper de mes deux enfants. Je me sens capable de reprendre la maison en mains :

EN RESUME : Il s'agit d'une malade dont les premiers troubles marquants sont caractérisés à l'âge de 24 ans par une phase d'érotomanie avec cénesthésies et idées d'influence vraisemblables. En six années, l'état s'aggrave malgré les traitements institués (chocs, sels d'or, cure de Sakel)..... Des hallucinations surgissent. Progressivement se constitue un état catatonique avec gâtisme, négativisme, apragmatisme et dénutrition nécessitant l'alitement continu.

C'est alors que le 4.560 R.P. est institué et apporte au début un très léger changement. Le gâtisme rétrocede, l'alimentation reprend et l'état physique s'améliore. Le fonds mental ne semble pas transformé.

L'association d'une série de chocs au 4.560 R.P. injectable laisse l'état stationnaire. Il y a même rechute avec reprise du gâtisme et excitation psychique. Devant cet échec du 4.560 R.P. seul et avec convulsivothérapie, nous tentons une association de cure de Sakel. Les cures précédentes d'Insuline, avaient échoué.

20 unités d'insuline sont prescrites et augmentées progressivement jusqu'à 70 unités. 4 comas ont été obtenus sans dépasser cette dose.

Dès le début du traitement (15 jours après) nous observons un complet changement avec reprise de la parole, de l'intérêt affectif. Madame M..... reçoit son mari, s'inquiète de ses enfants, demande à retourner chez elle, souhaite à s'occuper dans la journée.

La récupération est progressivé, assez rapide bien que les rapports avec l'extérieur se trouvent gênés par une surdité chronique assez importante.

En 6 mois de traitement associant cures de SAKEL et 4.560 R.P. Madame M..... retrouve sa personnalité antérieure et une activité très normale à tel point que la sortie est accordée le 6 Juillet 1955.

Un traitement d'entretien à raison de 6 comprimés à 0.25 par jour est conseillé 20 jours par mois.

Depuis, Madame M..... a passé les trois premiers mois de convalescence chez sa mère pour se reposer, et permettre à son mari de "liquider une liaison". Elle retourne ensuite chez elle mais ses enfants restent en nourrice quelques mois encore. Enfin Mme M.... devient capable de s'occuper entièrement de son intérieur et de ses deux enfants qui retournent au foyer.

Ce cas ne semblait rebelle à toute thérapeutique (échecs successifs de la d'ox, cure de Sakel isolée, choc, 4.560 R. P. isolé)

L'association de L'insuline (au 4.560 R.P. inefficace) semble-t-il potentialisé les résultats. L'amélioration n'étant la sortie n'a été en fait obtenue qu'après un ex. traitement ininterrompu.

IL convient donc de ne pas se décourager devant la lenteur des progrès obtenus et de poursuivre très longtemps 4.560 R.P. seul ou en association.

— 2 —

OBSERVATION N° 10

Les premiers troubles psychiques observés chez Madame M..... remontent à 1946. Madame M..... est âgée de 33 ans, lorsque quelques mois après un accouchement, elle présente des insomnies avec douleurs atypiques diffuses.

Peu à peu, elle refuse de s'alimenter sans raison. Le mari s'étonne de son indifférence progressive à l'égard de ses enfants et de son travail. Au cours des mois suivants les troubles s'amplifient. L'activité diminue. Madame M..... s'alite. En 1950, on doit l'hospitaliser au service de neuropsychiatrique d'AMIENS. Malgré les traitements institués alors : chocs, insulinothérapie, pyrétolothérapie, le même état persiste.

L'agitation motrice nécessite l'internement en 1952, soit après 6 années d'évolution par étapes. Ceux qui l'ont connue à cette époque évoquent une malade déconcertante par la bizarrerie de son comportement, de son attitude.

Sans raison apparente, elle retire ses vêtements et les déchire. Elle se précipite vers le mur de la cour et tente de le franchir. Elle brise souvent la vaisselle et les carreaux. Une fois, elle essaie de passer au travers, tant sa maigreur est extrême, expliquée par une sitisphobie rebelle. Tous ces actes se déroulent dans le silence. Il n'y a aucun contact possible entre elle et le personnel médical. Ses moments d'agitation sont imprévisibles, ce qui explique qu'on l'ait, à l'époque, très souvent camisolée.

Dans la journée, entre ces phases d'excitation, l'inertie, est totale. Madame M..... ne prend aucune initiative. Il faut l'alimenter l'habiller, lui faire sa toilette, la conduire aux W.C. et la pousser pour qu'elle avance. Elle demeure affalée sur son banc la tête penchée en avant, ballante, les pieds animés de mouvements de pédale.

Son attitude reste inchangée, lors des visites de son mari et de sa famille.

Le gâtisme fécal et urinaire complique vite ce tableau. Elle est présentée pour la première fois, le 17 Mars 1954, comme une malade chronique.

Dès l'abord, on est frappé par l'aspect figé, replié. Aucune manifestation d'émotivité n'apparaît sur un visage lointain, qui a perdu toute sa mobilité et toute expression humaine. C'est un masque, inerte, dont les yeux flottants ne savent plus se fixer. Toute tentative d'interrogatoire échoue. Madame M..... conserve un mutisme obstiné.

A l'examen on observe une tendance à garder les attitudes imprimées. Les réflexes tendineux sont vifs.

Tension artérielle 13 - 9.1/2

Reflexe oculo-cardiaque : normal

Le reste de l'examen est normal.

Pendant trois mois les résultats sont peu apparents.

Cependant on note la diminution des périodes des d'agitation, auparavant journalières, et alternant avec l'inertie. La malade est moins gâteuse. Elle ne brise plus la vaisselle. Elle ne déchire plus ses vêtements, mais son aspect reste inchangé.

Elle ne parle pas, ne s'agrippe pas, demeure inerte, le regard inexpressif.

Au mois de Juin, soit 3 mois après son traitement, le personnel constate seulement une réelle amélioration.

Un matin, la malade prend l'initiative de faire sa toilette seule (en juin), puis pour la première fois depuis son internement, elle profère une parole. Pendant ce mois de Juin, elle n'est pas une seule fois agitée, ce qui n'avait pas été une seule fois constaté depuis son entrée. Elle est une fois gâteuse.

Le 24 Juin, on la met dans le quartier réservé aux malades calmes, traitées par le LARGACTIL.

Le 25 Juin, la malade répond en chuchotant d'une façon cohérente quand on l'interroge.

Le 30 Juin, demande à travailler d'une voix encore chuchotante, disant qu'elle ne peut parler fort.

1er Juillet, elle tricote correctement

2 Juillet, elle écrit à sa famille, pour annoncer sa guérison.

3 Juillet, elle parle normalement et spontanément, demande à se rendre à la messe.

5 Juillet, elle souhaite assister à la séance de cinéma, et peut ensuite raconter le film.

9 Juillet, quatre mois après le début du traitement, Madame M..... se déclare guérie, reconnaît avoir présenté des troubles mentaux. Elle expose ses idées délirantes, les critique, donnant ainsi une explication à son attitude passée.

"En 1946, dit-elle, je n'étais plus la même. Ça bougeait dans ma tête. Je ne dormais plus. Je me négligeais. Je ne mangeais plus. Je pensais au mauvais voisinage. Je voulais déménager, changer d'ambiance. J'ai été sale le 27. On m'a fait des chocs, je suis revenue non guérie. Je voulais rester couchée toute la journée. Pendant cinq ans, je n'avais plus de sommeil. J'avais des nausées et mal à la tête."

Elle se rappelle qu'elle parlait moins et s'occupait moins de ses enfants.

QUE FAISIEZ-VOUS EN 1952 ?

J'étais à bout de force et n'arrivais à rien.

des grimaces . Mon nen bougeait seul.

En 1952, je suis venue à DURY, Je me souviens de tout. Je me croyais en Enfer, et je commençais à penser qu'ARRAS, était le PARADIS, où se trouvaient mon mari avec les enfants.

"Je souffrais d'être seule en Enfer. J'attendais qu'on m'emmène au PARADIS. Les infirmières avaient leur liberté. Elles étaient plus proches que moi du Paradis et aussi les travailleuses car elles étaient capables.

"Après je pensais que je n'étais pas morte et je voulais mourir, je refusais donc de manger, mais j'étais tentée et après je le regrettais. Je pensais que pour aller au Paradis il ne fallait pas manger, ni être pourvue de vêtements, et je déchirais mes vêtements.

"J'avais envie de tricoter, et ne pouvais le dire ? Je n'arrivais pas à m'expliquer, à prononcer. J'étais comme anéantie.

Vous occupez-vous des autres ?

Non, je me demandais pourquoi on tardait tant à m'emmener au PARADIS et je voulais fuir.

QUAND AVEZ-VOUS PRIS CONSCIENCE DE LA REALITE ?

Un jour, Je me suis sentie plus forte. J'ai fait ma toilette pour gagner le ciel, puis peu à peu, je me suis vue renaître ? J'ai compris que j'avais été malade et que j'étais guérie. Je pensais à retourner près de mon Mari et des mes enfants.

"J'allais revivre, c'était comme si j'avais dormi et que je me réveillais".

"C'est drôle, ma belle-mère, je l'avais pensée en Enfer".

QUELS SONT VOS PROJETS ?

Je ne pense plus à déménager. Je m'habituerai. Je vais retourner avec mon Mari, mes enfants et reprendre ma vie de ferme.

La malade est alors interrogée sur ces antécédents

Elle est fille de garde-champêtre et a mené une enfance heureuse. Elle perd sa mère à 10 ans. Son père se remarie. Elle aime bien sa belle-mère. Elle obtient le C.E.P. à 13 ans. Elle est réglée à 15 ans normalement. Elle se marie à 21 ans, avec le fils de sa belle-mère, avec lequel elle avait été élevée.

Son mari signale un caractère schizoïde. Elle a trois enfants 1935 - 1942 - 1946.

ANTECEDENTS PATHOLOGIQUES ET HEREDITAIRES.

Diphthérie scarlatine, et successivement mastoïdite. Il faut signaler une hérédité maternelle comitiale, la mère ayant décédé au cours de crises à 31 ans.

DISCUSSION.

Les premiers troubles présentés par la malade sont suite à un accouchement. Cette notion et l'analyse des

la Psychose puerpérale.

Mais cependant, d'une part, les phénomènes résistent aux traitements successifs, (électrochocs, insulinothérapie, psychothérapie, accès de fixation) ; d'autre part, l'évolution se fait par étapes échelonnées sur 6 années, où l'on voit s'accroître l'apragmatisme et l'indifférence affective, avant l'institution du traitement par le LARGACTIL.

Il nous est difficile de discerner chez cette femme une personnalité humaine exprimée par un faciès, des paroles ou des actes. En effet, son mutisme absolu interdit les échanges.

Son regard figé et inexpressif dissimule sentiments et pensées. D'autre part, si son comportement fait d'inertie avec stéréotypie et d'agitation incoordonnée peut laisser soupçonner l'existence d'un délire, on ne saurait en préciser la structure.

Cette femme ne révèle donc impénétrable pour l'entourage et semble d'ailleurs vivre détachée de celui-ci. En effet, son indifférence affective est absolue vis-à-vis des malades, du personnel médical, de sa famille et d'elle-même. A tel point, que depuis plusieurs années, elle se désintéresse de son alimentation, des soins de propreté élémentaires, peu soucieuse d'un gâtisme nocturne et diurne important.

En plus de ce désintéressement elle montre une opposition rebelle qui s'exerce électivement lorsqu'on veut la nourrir ce qui explique l'extrême amaigrissement constaté.

Après avoir analysé l'attitude et le comportement de Madame M..... on pourrait penser à une désintégration totale et définitive de la personnalité, réduite à une vie végétative. Or l'amélioration de la malade nous a permis de connaître un délire sous-jacent dont le contexte était absolument imprévisible. Nous avons été surpris que cette femme nous découvre l'explication de son agitation incohérente.

Fait intéressant le délire est évoqué de façon précise par Madame M..... et son caractère pathologique reconnu, ce qui permet de croire à une réelle amélioration de l'état mental.

Le thème de la souffrance et du bonheur terrestre est traduit par un symbolisme mystique. Madame M..... assimile ses souffrances actuelles aux souffrances de l'Enfer et ses velléités de bonheur terrestre à la poursuite d'un bonheur céleste représenté par le Paradis.

Or ce bonheur souhaité semble lié à la fin de sa solitude et à la réintégration de son foyer. Ceci explique les idées de tentatives d'évasion répétées vers le Paradis qu'ARRAS symbolise puisque son mari et ses enfants y demeurent.

Madame M..... paraît ignorer son existence, et partagé sans doute entre ses impressions de corps vivant et de corps inanimé, elle cherche à détruire ce qui lui reste de matériel pour remplir les conditions nécessaires d'accès au Paradis.

Le symbolisme se confond encore étroitement avec la réalité lorsqu'elle désigne ses vêtements...

de s'alimenter parce qu'on se présente au Paradis sans vêtement et sans corps. Cette accession au bonheur est conditionnée par le mérite et on perçoit un sentiment d'infériorité et de préjudice lorsqu'elle dit : "les travailleuses et les infirmières étaient plus proches du Paradis que moi car elles étaient capables".

Sous l'effet du traitement l'évolution du délire semble également liée à la même notion. Madame M..... qui se sent plus forte, interprète cette amélioration comme un signe de départ proche pour le Paradis. Il est impossible de lui faire préciser les étapes de la désintégration de son délire qui la conduisirent un jour à se déclarer guérie après avoir présenté des troubles mentaux.

Dans l'ensemble, l'existence de ce délire néomur jusqu'à la guérison s'intègre parfaitement aux troubles observés auparavant. Il met en évidence le caractère intense de l'autisme, l'impénétrabilité de l'activité psychique conservée malgré les apparences.

Il nous permet de mieux saisir la discordance du comportement. En effet, le délire de Mme M..... est centré sur son intense désir de retrouver les siens. Il est donc incohérent qu'elle ne réagisse pas et conserve une indifférence complète lorsque sa famille vient en visite.

Les troubles présentés par la malade : discordance du comportement, inaffectivité, gâtisme, mutisme et délire non extériorisé, nous permettent de penser à une dissociation schizophrénique.

Quelque soit le diagnostic retenu, la malade était considérée comme chronique et irrécupérable. Tous les traitements entrepris avaient échoués et seul le 4.560 R.P. s'est montré efficace.

Son action s'est exercée d'abord sur l'agitation et le gâtisme qui s'espace dès le premier mois de traitement. Ces deux éléments exceptés, pendant trois mois, le comportement et l'attitude restent les mêmes (inertie, mutisme, apathisme, désintérêt).

Cependant au troisième mois, l'intérêt semble réapparaître puisque la malade, pour la première fois, depuis son internement, prend l'initiative de sa toilette et profère une parole pour réclamer ses comprimés. Mais le mutisme réapparaît aussitôt et c'est seulement au cours du 4ème mois que les progrès s'affirment. Progressivement en 4 semaines la parole revient chuchotée au début puis plus forte l'activité, la propreté, le calme persistent et enfin Mme M..... prend conscience de son état. C'est donc après quatre mois de traitement, que cette femme autrefois gâtée, attérée, inerte, dans le mutisme, est devenue propre, calme, active, cohérente.

La stupeur des infirmières qui l'avaient connue malade et l'ont revue sans transition donne l'idée de l'importance de la transformation. On ne saurait trop s'étonner que cette femme presque réduite au stade végétatif ait pu après quatre mois de traitement assister à une séance de cinéma dont elle a su commenter le film.

Cette restitution ad intégrum d'une personnalité très dissociée remonte actuellement à plus d'un an et demi. Mme... M... a quitté l'asile le 28 Août 1954 et surmonté sans rechute sa rentrée sociale et ses difficultés familiales.

En RESUME : Malade qui après 6 années d'évolution progressive ayant suivi un accouchement, a présenté un syndrome de dissociation schizophrénique avec catatonie, impulsions, inaffektivité, gâtisme, mutisme total, négativisme et dont l'amélioration spectaculaire par quatre mois de traitement au 4.560 R.P. a permis de constater l'existence d'un délire sous-jacent non exprimé reflétant l'importance de l'autisme.

Le 8 Mars, Mme M.... réintègre l'hôpital psychiatrique. Le mari confirme alors l'excellent état mental de sa femme après la sortie jusqu'au mois de février 1956 (soit pendant 17 mois).

Il avoue que la cure d'entretien a cessé au mois de septembre 1955, (soit 6 mois avant la rechute) sur l'avis du médecin de famille qui croyait Mme M.... définitivement guérie. Depuis une semaine, le mari avait noté un changement dans l'attitude de sa femme. Elle parlait moins, semblait rêveuse et son activité dans la maison diminuait. Elle s'alitait fréquemment sous prétexte de lassitude. Progressivement elle se présenta comme lors de sa réintégration. Les yeux clos Mme M.... reste allongée sur son lit (Lors de l'interrogatoire son mutisme est complet et l'inertie totale). Il faut l'alimenter, faire sa toilette, fréquemment car un gâtisme urinaire et fécal apparaît. Mme M.... semble indifférente à l'entourage et demeure obstinément les yeux fermés.

Le 4.560 R.P. est institué par voie I.M. Au 9^{ème} jour, du traitement, Mme M.... se lève seule pour aller aux W.C. Au 15^{ème} jour elle sourit et ouvre les yeux lors de la visite. Au 20^{ème} jour elle se lève, parle aux autres malades et peut jouer sans difficulté au jeu des petits chevaux. Elle se réjouit de se sentir "déjà guérie".

Le 30 Mars, elle parle de sa récurrence. Elle s'étonne d'être tombée malade car "Mon moral était excellent dit-elle" "j'étais très heureuse chez moi avec mon mari et mes enfants".

Lorsqu'on lui apprend que l'arrêt du traitement est responsable de la réapparition des troubles elle déclare "Je n'arrive pas à comprendre comment la suppression de 4 petits comprimés à pu me transformer totalement et m'anéantir". Elle indique que depuis deux mois elle avait commencé à présenter des hallucinations.

"J'entendais au début une petite voix douce la nuit quand je m'éveillais, c'était un peu comme la voix de la Vierge, qui me disait de prier. Bientôt cette voix s'est amplifiée et s'est manifestée le jour. Elle a pris de l'emprise sur moi. Elle me conseillait d'aller me coucher et j'étais tellement fatiguée que je le faisais." (M...)

Je fermes les yeux pour ne plus voir personne.
Quand je suis comme ça, j'aime être seule et me laisser aller.
Je ne peux pas parler et ne pense plus à m'alimenter.

Le 30 Mars, soit 22 jours après le début du traitement, son mari vient en visite pour la première fois, s'étonne de constater une amélioration aussi complète. La sortie de M^{me} M..... est envisagée actuellement. Elle s'engage à ne plus interrompre sa cure d'entretien.

EN CONCLUSION.

L'arrêt du 4.560 R.P. a été suivi d'une rechute que la reprise du traitement a rapidement maîtrisée, ce qui semble être un fait probant de son efficacité.

ANALYSE DES RESULTATS

Le sujet de cette thèse traite de l'influence du 4.560 R.P. sur l'évolution de psychoses chroniques. Depuis 3 années, le 4.560 R.P. est institué dans les services de femmes de Monsieur le Docteur DUPONT sous forme de cure neuroleptique simple, au cours des nombreux syndrômes aigus et chroniques.

Cette étude est électivement centrée sur 10 cas chroniques. Leur évolution journalièrement suivie jusqu'à la sortie, a paru caractéristique pour résumer l'ensemble des impressions recueillies sur l'action du 4.560 R.P., dans certaines psychoses anciennes ayant réagi favorablement.

- La cure neuroleptique simple (20 jours à 150 mgr par voie I.M. 10 jours à 100 mgr ou 200 mgr par os ou voie nasale) est capable de provoquer l'amélioration avec sortie de psychoses rebelles à toute thérapeutique et dont les troubles remontent à de nombreuses années.

(12 ans d'internement, Observation N°2)

(6 ans d'internement, Observation N°3)

- L'amélioration apparaît après un temps variable. (Très souvent après 2 ou 3 mois de traitement, observations 7-6-9). Sur l'ensemble des malades sorties, elle apparaît après 7 mois 1/2 en moyenne.

- Les troubles des psychoses très anciennes semblent plus lents à régresser (observations 2 et 4), mais ceci n'est pas absolu (observations 3 et 9).

- Des cures prolongées et sans interruption sont nécessaires, en tenant compte des résultats tardifs possible malgré un échec apparent au début.

- La disparation des troubles se fait progressivement par étapes.

Dans un premier temps il y a amélioration symptomatique, cessation du gâtisme (observations 9 et 10), de l'agitation psychomotrice (observation 3), de l'aspect stuporeux (observation 10). Ensuite on constate une amélioration du fonds mental avec reprise d'une activité assilatoire (observations 8-10-9 et 3). Les hallucinations se transforment souvent en hallucinose (observation 1) avant de s'estomper. Le délire persiste plus longtemps non extériorisé (observation 1 et 6) mais sous-jacent puis il s'éteint. La malade libérée sort de l'autisme et de l'indifférence. Son intérêt se porte d'abord sur elle-même (elle fait sa toilette, va seule aux W.C., s'alimente), puis sur les autres : il y a échange de paroles (observation 10), reprise du contact avec le milieu et préoccupations affectives. Très souvent un besoin d'écriture à la famille se manifeste alors (observations 3 et 1).

constamment l'amélioration se traduit par un désir d'activité et la thérapeutique occupationnelle ne peut prendre place qu'à ce stade.

L'étape suivante est caractérisée par la prise de conscience de l'état pathologique précédent et la critique des troubles présentés (observations 10 et 8). La pensée a retrouvé un cours normal et le comportement est cohérent.

L'existence d'une activité soutenue permet d'envisager la sortie et la réintégration sociale qui constitue le stade ultime de cette progression.

Toutes les malades traitées n'ont pas franchi ces différentes étapes. Certaines se sont arrêtées à un stade d'amélioration élémentaire qu'elles ne peuvent dépasser. Toutes les malades sorties en général ont suivi cette évolution mais la progression a été plus ou moins rapide (observations 9-1-2).

Sur 46 malades chroniques seules 2 malades schizophréniques (traitées depuis plus de 2 ans) n'ont présenté aucun changement sans qu'on puisse expliquer cet échec. 2 malades lobotomisées n'ont pas semblé bénéficier de la cure neuroprolégique.

- Bien que ce travail porte seulement sur un des cas observés chez les femmes nous rappellerons la constatation rapportée dans une publication précédente (Annales médico-psychologiques Avril 1955). Les résultats dans les psychoses des hommes n'ont jamais été analogues malgré l'utilisation de doses supérieures et l'adjonction d'hommes (cyclophosphate).

- Le 4.560 R.P. semble potentialiser l'action d'autres traitements auparavant efficaces (insuline choos) observations 6 et 1.

- Malgré son efficacité sur les psychoses anciennes, l'action du 4.560 R.P. semble plus suspensive que curative. L'arrêt du traitement occasionne des rechutes. La reprise de celui-ci apporte une amélioration nouvelle après un mois de cure (observation 10).

Pour éviter ces récurrences un traitement d'entretien doit être prescrit à la sortie (100 à 200 mgr par jour par voie orale ou anale), et poursuivi sans interruption.

- La modification du taux des 17 cétostéroïdes obtenue à la suite du traitement invite à attribuer au 4.560 R.P. une action sur le système hypophyso-surrénalien.

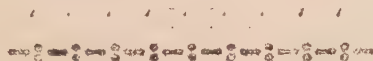
- Même prolongée la cure par le 4.560 R.P. excepté ne semble pas toxique. Les accidents cardio-vasculaires sont rares lorsque le traitement est bien établi. Parmi les inconvénients on doit noter l'apparition du "syndrome psychique" caractéristique du 4.560 R.P. (J. DELAY) mais il régresse le plus souvent.

Une modification importante du poids semble

liée à une infiltration oedémateuse, mais coïncide souvent avec une évolution favorable.

Sans être formel sur leur étiologie la réactivation d'anciennes lésions tuberculeuses sont à signaler (observation N°3). La survenue d'indurations fessières sont restées l'inconvénient majeur car le 4.560 R.P. stagne dans de véritables poches, devient inefficace et l'évolution en dépit des injections est retardée.

L'extrême susceptibilité des infirmières sensibilisées au 4.560 R.P. a rendu nécessaires pour éviter les accidents cutanés de sélectionner le personnel et de créer des quartiers réservés à la thérapeutique neuroleptique.



- C O N C L U S I O N S -

- 1° - La cure neuroleptique simple provoque l'amélioration avec reprise de l'activité sociale de certaines psychoses chroniques rebelles à toutes thérapeutiques antérieures.
- 2° - L'amélioration complète apparaît après un traitement souvent prolongé d'où l'intérêt de poursuivre longtemps les cures qui se révèlent peu toxiques.
- 3° - L'amélioration survient souvent par étapes. Elle peut-être complète, mais peut aussi s'arrêter à un stade donné qu'il est alors impossible de dépasser.
- 4° - Les résultats obtenus dans les psychoses des HOMMES sont inférieurs à ceux obtenus chez les FEMMES.
- 5° - Le 4.560 R.P. potentialise l'action d'autres traitements auparavant efficaces, (insuline, électrochocs,).
- 6° - L'action paraît suspensive et non curative avec pour corollaire l'obligation de continuer très longtemps le traitement, même après guérison clinique.

~~~~~  
-:-:-:-:-



Vu, le Président de Thèse :

Professeur J. DELAY

Vu, le Doyen de la Faculté de Médecine de Paris,

Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer, le Recteur de l'Académie de Paris :

J. SARRAILH



- BIBLIOGRAPHIE -

1) A.ACHAINTRE et P.DUBOR

Note préliminaire sur le traitement des dermatoses dues à la chlorpromazine.

Société de Neuropsychiatrie du Sud-Est. Séance du 11 avril 1954.

2) M.H.BARUK

Quelques précisions sur la thérapeutique par le sommeil en psychiatrie. Sommeil et narcose, danger des facteurs toxiques.

Annales Médico-Psychologiques  
Octobre 1953 - T.2 - N°3.

3) BARUK, C.LAUNAY et LELORD

Etude sur l'action thérapeutique du 4.560 R.P. dans les états d'excitation et d'agitation impulsive.

Données cliniques et données expérimentales sur les modifications de la circulation cérébrale.

Annales médico-psychologiques - Juin 1954 - T.2 - N°1.

4) H.BARUK, J.LAUNAY, J.BERGES

Sur une série de résultats thérapeutiques spectaculaires par la chlorpromazine dans les psychoses graves suivant une posologie particulière sans association médicamenteuse.

Annales médico-psychologiques  
Mars 1955 - T.1. N°3.

5) H.BARUK, J.LAUNAY, J.BERGES

La catatonie expérimentale par la chlorpromazine à doses fortes chez le singe et dans la série animale. Action thérapeutique du 4.560 R.P. dans le traitement des maladies mentales de clinique humaine (à doses modérées et sans association médicamenteuse).

Annales médico-Psychologiques  
Avril 1955 - T.I - N°4.

6) H. BARUK, J. LAUNAY, J. BERGES

La thérapeutique par la chlorpromazine,  
Résultats thérapeutiques et  
progrès de la thérapeutique  
psychiatrique.  
Physiologie expérimentale  
Physiologie clinique

Annales médico-Psychologiques  
Mai 1955 - T.I. N°5.

7) BEAUJARD et HAMONEAU

Remarques sur l'emploi du  
LARGACTIL dans les schizophrénies chroniques.

Journal de Médecine de Lyon  
N° 847 - 20 Avril 1955 -  
P.325/327.

8) M. BERGOUIGNAN.

Le LARGACTIL en thérapeutique  
psychiatrique

Revue Médicale  
29 Août 1953 - T.51 - N°55 -  
P.1133

9) M. BERGOUIGNAN, M. GOT,  
et R. MAILLEAU

Notre expérience du Largactil  
en psychiatrie

Journal de Médecine de Bor-  
deaux  
Février 1954- N°2 - P.135.145.

10) M. J. BOHEL, R. CAMON,  
R. BAILLY

La cure de Largactil, ses  
doses, sa durée.

Annales Médico-Psychologiques  
20 décembre 1955 - P.86-91.

11) P. CHARPENTIER, P. CAILLIOT,  
R. JACOB, J. GAUDECHOU, P. BUISSON

Recherches sur les diméthyl-  
laminopropyl-N-phénothiazines  
substituées

Académie des Sciences  
Séance du 30 Juin 1952 en  
C.R. de l'académie des sciences  
7 juillet 1952 - T.235 - N°1  
P.59-60.

12) P. COSSA, H. BOUDEAUD et  
A. LOMBARD

L'emploi des neuroplégiques  
en psychiatrie.

14) S.COURVOISIER, J.FOURNEL,  
R.DUCROT, M.KOLSKY,  
P.KOETSCHET

Annales médico-psychologi-  
ques  
1953 - T.I - N°5.

Propriétés pharmacodynami-  
ques du chlorhydrate de  
chloro 3 (diméthylamino-3'  
propyl) - 10 Phénothiazine  
(4.560 R.P.)

Archives internationales  
de pharmacodynamie et thé-  
rapie  
1er janvier 1953 - Vol 92-  
Fasc 3 - 4 - P.305 - 361

14) J.DELGA, André BENITTE et  
S.RICHARD

Nouvelles recherches sur  
les variations de la Kalié-  
mie au cours de l'hiberna-  
tion artificielle.

Société de Biologie  
1954 - V.148 - N° 3-4.

15) J.DELGA, A.BENITTE, M.STUPPEL  
et S.RICHARD

Kaliémie après action de  
certains agents pharmaco-  
dynamiques utilisés dans l  
hibernation artificielle.

Société de Biologie  
1954 - V.148 - N° 3-4.

16) Phillipe DECOURT

Sur le mode d'action de la  
chlorpromazine dans les  
formations encéphaliques

Communication à la société  
de Pathologie comparée  
le 10 Novembre 1953

Revue de Pathologie géné-  
rale et comparée  
N° 653 Décembre 1953  
P.1580 - 1954.

17) J.DELAY, P.DENIKER, et  
J.M.HARL

Utilisation en thérapeutique  
psychiatrique d'une phéno-  
thiazine d'action centrale  
élective  
(4.560 R.P.)

Annales Médico-Psychologi-  
ques  
Kuin 1952 - N° I - T.2. P.  
112-117

18) J.DELAY, P.DENIKER, et  
J.MEHL

Traitement des états d'excitation et d'agitation par une méthode médicamenteuse dérivée de l'hibernothérapie.

Annales Médico-Psychologiques  
juillet 1952 - T.2. N°2 -  
P.267-273.

19) J.DELAY et P.DENIKER

Quatre-vingt cas de psychoses traitées par la cure prolongée et continue du 4.560 R.P.

2° congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de FRANCE et des pays de langue Française Luxembourg, 21-24 juillet 1952

20) J.DELAY, P.DENIKER, HARL et  
A.GRISSET

Traitements d'états confusionnels par le chlorhydrate de diéthylamino propyl N chlorpromazine  
(4.560 R.P.)

Annales Médico-Psychologiques  
Octobre 1952 - T.2. N°3 -  
P.398 - 402

21) J.DELAY, P.DENIKER, et Y.  
TARDIEU

Hibernothérapie et cure de sommeil en thérapeutique psychiatrique et psycho-somatique

Presse médicale 61 - N° 58  
19 septembre 1953.

22) DENIKER et HAMON

Utilisation quotidienne prolongée du 4.560 R.P.

II° Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française

Par 20-26 juillet 1953  
Annales Médico-Psychologiques  
Octobre 1953 - T.2. N°3-P.  
403.

23) F.RICHHOLTZ

Actions fondamentales des médicaments du système nerveux autonome

Deut. Med. Journ.

24) A.GAMBS.

Essai d'application de la chlorpromazine en cure prolongée au traitement de diverses affections mentales

Thèse Lyon 1954.

25) LABORIT et HUGUENARD

Pratique de l'hypnotisme en chirurgie et en médecine

Masson 1954.

26) R. LAPON, J.P. TEMPLE, et  
ABRIC J.

La chlorpromazine (4.560 R.P.) dans le traitement des états anxieux.

Société des sciences médicales de Montpellier  
Séance du 17 Juillet 1953

27) P. LAMBERT et J. BARNAUD de  
BASSENS

Examens biologiques et LARGACTIL en cures prolongées.

Journal de Médecine de Lyon  
N° 847 - 20 avril 1955 -  
P.330.

28) F. MOLLET, M. HARMIGNIES

Résultats du traitement de 50 psychoses hallucinatoires chroniques par la chlorpromazine.

Société de Médecine du Nord  
Séance du 20 Avril 1954

29) P. NAYRAC, P. GRAUX, et J. CARON

Les neuroplégiques en psychiatrie

Echo Médical du Nord  
Janvier 1954 - T.25, N° I

30) P. NAYRAC, P. GRAUX, J. CARON et J. LESCOT

Premiers résultats de l'emploi d'un neuroplégique (4.560 R.P.) en psychiatrie

Echo Médical du Nord  
Janvier 1954 - T.25 - N° I

31) A. PERRET, J. BECKER, G. LACOSTE

Traitements psychiatriques par le 4.560 R.P.

La vie Médicale Mai 1953  
N° 5 - P.463 - 464.

32) J. SIGWALD et D. BOUETIER

L'utilisation des propriétés neuroplégiques du chlorhydrate de chloro - 3 (diméthylbenzylamino-3'-propyl) - 10 Phénothiazine en thérapeutique neuro-psychiatrique

Presse Médicale 25 Avril 1953  
T. 61 N° 29 - P. 607-609

33) J. SIGWALD et M. HENNE

L'utilisation des propriétés "neuroplégiques" de la chlorpromazine dans le traitement de divers cas de psychoses délirantes chroniques et subaiguës.

Semaine des Hôpitaux  
Août 1954.

34) P. SIZARET et F. SALOMON

Action d'un neuroplégique sympathicolytique dans les états confusionnels alcooliques.

Annales Médico-Psychologiques  
Janvier 1953 - T. I. N° 1 P. 88-92.

35) J. E. STAECHELIN et P. KIEL-  
HOLZ

Largactil, ein neues vegetatives Dämpfungsmittel bei psychischen Störungen.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift 20 juin 1953  
N° 25 P. 581-586

36) THIEBAUX et BOYER  
(de Ravenel)

Le 4.560 R.P. en thérapeutique psychiatrique. A propos de quelques observations

Annales médico-psychologiques  
Juin 1953 T. 2 N° 1

37) J. TUSQUES et A. GAMBS

Accidents cutanés présentés par le personnel infirmier des hôpitaux psychiatriques manipulant la chlorpromazine - leur prévention.

Annales Médico-Psychologiques  
Séance du 25 Janvier 1954  
T. I. N° 2.



